Rok XLVI. Kraków, dnia 20. kwietnia 1907. Nr 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O leczeniu wiewióra ostrego u mężczyzn.

Podał
Dr Eugeniusz Borzęcki
prymaryusz oddziału.

W dziale chorób wenerycznych panuje pod względem leczniczym wiewióra ostrego u mężczyzn taka różnica w wyborze środków, sposobów, tak odmienne zapatrywania co do wskazań, że dziwić się trzeba, iż do tej pory nie nastąpiło jakieś ujednostajnienie i wyrównanie tych rozbieżnych na tym punkcie zdań. Przed wykryciem dwoinek Neissera leczenie nazwać można empirycznem; dawano pierwszeństwo to tej, to owej metodzie, to temu, to owemu środkowi leczniczemu. Wykrycie czynnika etyologicznego musiało sprowadzić zwrot w leczeniu wiewióra. Wskazanie lecznicze było jasne: zniszczyć bakterye chorobotwórcze zapomocą miejscowego stosowania płynów przeciwgnilnych. Mimo to jednak zapatrywania różnych klinicystów nie wyrównały się, a w miarę różnic podzielić ich można na cztery obozy:

1) Pierwszy stanowią zwolennicy leczenia zachowawczego, objawowego, jako przygotowania do następowego, miejscowego: Ehrmann (1), Stark (2), Wyeth (3), Guiard (4), Lyonnais (5), Bloch (6).

2) Do drugiego należą ci z autorów, którzy wprawdzie zasadniczo nie odrzucają leczenia objawowego, ale, o ile to możebne, pomijają je i rozpoczynają jak najwcześniej leczenie miejscowe: Neisser i jego szkoła, Finger (7) z pewnem ograniczeniem, Caspary (8), Stark (9), Goldenberg (10), Chameller (11), Egret (12), Hutschinsohn (13), Ullmann (14), Schlen (15), Klotz (16). Zbyteczna dodawać, że i najzagorzalsi zwolennicy leczenia miejscowego uznają niejednokrotnie przeciwwskazania dla jego przeprowadzenia.

3) Do trzeciej, najmniej licznej grupy należą zwolennicy leczenia tylko zapomocą środków wewnętrznych: Roicki (17), Martin (18).

4) Wreszcie ostatni obóz składa się ze zwolenników leczenia poronnego: Malecot (19), Diday (20), Picard (21), Desnos i Aranda (22), którzy przy pomocy wstrzykiwań sublimatu 1:20000 na 23 przypadków otrzymali wyleczenie w 11 w ciągu 4—5 dni, w 7 w dniach 12, Lyon (23), Andry (24), Ullmann (25).

Zapatrywania przedstawicieli II. i IV. grupy są zasadniczo blizkie, o ile każdą metodę miejscowego leczenia wiewióra bez poprzedniego innego, można poniekąd, jako zmierzającą do wykolejenia niejako wiewióra z jego prawidłowego przebiegu, uważać za poronną. Różnica leży w czasie który przy leczeniu ściśle poronnem jest o wiele krótszy. Na pytanie, której z tych metod należy się pierwszeństwo, odpowiedź zdawałaby się prostą: metodzie leczenia przyczynowego, miejscowego. I niezawodnie, zagadnienie leczenia wiewióra byłoby dawno rozwiązane, o ileby ono zależało tylko od znajomości zarazka chorobotwórczego, jego zachowania się pod względem biologicznym, a z drugiej strony o ile chodziłoby o dobór odpowiednich środków leczniczych. Te braki dawno usunięto, a trudności w leczeniu leżą w budowie błony śluzowej cewki i w sposobie rozwoju i rozprzestrzeniania się w niej dwoinek wiewiórowych. Narząd gruczołowy błony śluzowej cewki przy zakażeniu wiewiórowem staje się siedliskiem dwoinek, trudno leczeniu przystępnem. Wprawdzie znajdują się dwoinki niezawodnie w pierwszych 2—3 dniach, licząc od chwili wtargnięcia ich do światła cewki, na powierzchni nabłonka a żaden odczyn ze strony błony śluzowej nie zdradza ich obecności; wykryć je może badanie mikroskopowe w mechanicznie usuniętej warstwie nabłonka. Do wyjątków też zaliczyć należy przypadki, w których chory w okresie wylęgania zgłosi się do lekarza; sprowadza go chyba obawa przed możebnem zakażeniem. Jeżeli jednak zdarzy się podobny przypadek, a badanie wykryje obecność dwoinek w mechanicznie wydobytych komórkach nabłonka, to wybór metody leczenia nie sprawia trudności: będzie nią czy metoda Janeta, czy Didaya, jako ściśle poronna, czy systematycznie robione wstrzykiwania odpowiedniego środka. W każdym razie błędem byłoby obrać inne, jak miejscowe energiczne leczenie. Do częstszych należą już te przypadki, w których chory po spółkowaniu z osobą podejrzaną zauważa skąpą śluzową wydzielinę z cewki. Zaniepokojony zasięga porady lekarskiej. Badanie mikroskopowe, które nigdy w podobnych przypadkach nie powinno być pominięte, wyjaśni wnet przyczynę tego nieżytu, jeżeli jest on wywołany przez zakażenie wiewiórowe. Wydzielina ta, w której obok śluzu, komórek nabłonkowych, nielicznych leukocytów, znajdziemy i dwoinki Neissera, dowodzi, że dwoinki dostały się już pomiędzy komórkami nabłonkowemi w tkankę łączną podnabłonkową, czego wyrazem jest odczyn ze strony błony śluzowej w postaci wydzieliny śluzowej. I ta grupa przypadków stanowi nie mniej wdzięczne pole dla energicznego leczenia miejscowego. Niepodjęcie tego leczenia zaraz równa się biernemu oczekiwaniu, aż dwoinki, drążąc

dalej, zajmą narząd gruczołowy błony śluzowej cewki. Ani stopień nasilenia stanu zapalnego, ani podmiotowe dolegliwości nie stanowią w tym okresie choroby przeszkody do takiego leczenia. Czy zaś w takim przypadku przeprowadzi się leczenie poronne metodą J a n e t a w ścisłem słowa znaczeniu, czy poleci się choremu systematyczne wstrzykiwania jednego z połączeń azotanu srebra, zależeć będzie od osobistego zapatrywania, a często od zewnętrznych okoliczności. Tutaj wypada mi zwrócić uwagę na odmienny odczyn ze strony błony śluzowej cewki, jaki spostrzegamy w przebiegu wstrzykiwań połączeń azotanu srebra z jednej strony, a rozczynów nadmanganezianu potasu, użytych jako przepłukiwania jednolitrowe według metody J a n e t a, z drugiej strony. Gdy wstrzykiwania połączeń z grupy azotanu srebra wywołują wydzielinę makroskopowo ropną z licznemi ciałkami białemi pod mikroskopem, to podczas stosowania jednolitrowych przepłukiwań rozczynem nadmanganezianu potasu występuje wydzielina surowicza, obfita, która pod mikroskopem przedstawia się jako płyn z bardzo nielicznemi ciałkami ropnemi. Jeżeli udało nam się przy stosowaniu tych przepłukiwań wywołać taki odczyn, to nigdy w tej surowiczej wydzielinie nie napotkamy dwoinek N e i s s e r a. O ile, — niestety zbyt często, — polecane rozczyny nadmanganezianu potasu do zwykłych wstrzykiwań są najniedołężniejszym środkiem w leczeniu wiewióra, o tyle mają one wybitną wartość leczniczą, zastosowane w myśl metody J a n e t a. To korzystne działanie zdaje się mieć przyczynę w wywołaniu wyż wspomnianego surowiczego zapalenia błony śluzowej. T w o r z ą c y s i ę w y s i ę k s u r o w i c z y p r z e s i ą k a j ą c c a ł e u t k a n i e b ł o n y ś l u z o w e j, z d a j e s i ę b y ć c z y n n i k i e m, p o w s t r z y m u j ą c y m r o z w ó j i n i s z c z ą c y m d w o i n k i. To przypuszczenie nie będzie odosobnione, jeżzli przypomnimy sobie, że w leczeniu zastoiną według B i e r a również między innymi przesiąknięcie płynem surowiczym tkanek uważamy za ważny czynnik leczniczy. (C. d. n.)

O minimalnych wahaniach w trwaniu poszczególnych fal tętna w stanach prawidłowych i patologicznych.

Podał

Władysław Janowski

docent Akademii i ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

(Dokończenie.)

Zestawiając cały materyał, uzyskany co do wahań w czasie trwania TAP, TDP i TP i układając go kolejno podług wielkości wahań w całkowitem trwaniu poszczególnych fal tętna (TP) otrzymujemy, co następuje (tab. XII):

Z zestawienia tego wynika, że największe wahania w czasie trwania poszczególnych fal tętna (TP) spostrzegamy właśnie u ludzi zdrowych, po których idą ludzie chorzy z tętnem o cechach prawidłowych, a dopiero po nich następują kolejno chorzy na zapalenie nerek z tętnem napiętem, chorzy na stwardnienie tętnic z tętnem napiętem, chorzy gorączkujący z tętnem dwubitnem i t. d., jak to widać z tablicy XII, jeżeli ją odczytujemy z dołu do góry. Najmniejsze wahania w czasietrwania są, jak to widać z tej tablicy, u chorych z lekkiem niewyrównaniem czynności serca i u chorych z tętnem nieco rozluźnionem (poddwubitnem), gorączkujących. Wahania w czasie trwania TAP nieco od tej kolei odbiegają.

Tablica XII.

Rodzaj tętna i przypadków:	TAP	TDP	TP
1. Poddwubitne u gorączkujących	1—2	2—4	2—4·5
2. U chorych z niewyrównaniem serca	1—1·5	3·5—5	4·5—5
3. »Wolne« w miażdżycy tętnic	0·5—1·5	2—6	2—7
4. Szybkie przy niedomykalności zastawek tętnicy głównej	0·5—2	2—7·5	2·5—7
5. Poddwubitne u niegorączkujących	1—3	4—8	4·5—8·5
6. Dwubitne u gorączkujących	0·5—1·5	2—9·5	2—9
7. Napięte przy stwardnieniu tętnic	1·5—2	5—11	3·5—11
8. Napięte u dotkniętych zapal. nerek	0·5—2	2—13·5	1·5—14
9. Prawidłowe u zdrowych	0·5—3	2—17	2·5—17
10. Prawidłowe u różnych chorych (tablica III)	1—4	2—16	2·5—17·5

Przypuszczam, że w tej kolei niktby z góry listy tej nie przewidywał. A jednak pozostaje faktem, że właśnie u zdrowych spotykałem największe wahania w czasie trwania poszczególnych fal tętna. Objaśnić tego faktu ściśle niepodobna. Taksamo niepodobna wytłómaczyć, dlaczego tętno chorych gorączkujących najwięcej się zbliża do doskonałej miarowości.

Omówione tu wahania w trwaniu poszczególnych fal tętna nie mają, — jak wspomniałem na wstępie, — znaczenia praktycznego. Wszak największe z nich nie przekraczają 0,175″, t. j. około $^{1}/_{6}$ sekundy, są więc tak małe, że nietylko nie można odczuć ich palcem, ale nawet na krzywej, zdjętej tętnopisem J a q u e t a przy zwykłej jego szybkości, dostrzegłem je w wyjątkowych przypadkach dopiero wtedy, gdy się w ich dopatrywanie wprawiłem. Stanowią one jednak bardzo ciekawy szczebel przejściowy od doskonałej działalności serca do niemiarowości jego pracy.

Podkreślam to bowiem, że, zwróciwszy szczególną na to uwagę, nie zdołałem stwierdzić żadnej kolejności tych wahań w następujących po sobie falach, ani też żadnego związku pomiędzy granicami tych wahań, a wiekiem badanej osoby, liczbą uderzeń tętna, ciśnieniem krwi i tętna. Związku tego brakowało nietylko u osób zdrowych, ale i u chorych wogóle, oraz u cierpiących na wady serca, stwardnienie naczyń i gorączkowe choroby w szczególności. Zwracałem na to przy przeglądaniu swego materyału baczną uwagę, gdyż sądziłem z góry, że u osobników chorych zwłaszcza ostatnich dwóch kategoryi, wahania w czasie trwania poszczególnych fal tętna będą większe, i że przez to przypadki takie z tętnem pozornie miarowem będą stanowiły dalszy stopień przejścia do widocznej przy zwykłem

badaniu niemiarowości. Bezstronne jednak rozpatrzenie materyału powyższym moim przypuszczeniom zaprzeczyło tak, że musiałem powiedzieć sobie o minimalnych wahaniach w trwaniu poszczególnych fal tętna to, co Mackenzie[1]) powiedział już o niemiarowości tętna wogóle, że jest to zjawisko łatwe do rozpoznania, o ciemnem pochodzeniu i niezrozumiałem znaczeniu.

Natknąwszy się na powyżej omówione zjawiska samodzielnie i opracowawszy już swój materyał, przekonałem się potem przy przeglądaniu piśmiennictwa, że już w r. 1855 Karol Vierordt[2]) zauważył drobne różnice w trwaniu poszczególnych fal tętna i zbadał je u 17 zdrowych i u 37 chorych osób. Aczkolwiek, z powodu braku zegara przy tętnopisie, autor ten nie mógł badać fal tętna z dzisiejszą dokładnością, to jednak doszedł on już wtedy do wypowiedzianego przezemnie powyżej wniosku, że wahania w trwaniu poszczególnych fal tętna są zjawiskiem stałem i że wydaje mu się, iż są one u osób gorączkujących mniejsze, niż u osób z ciepłotą prawidłową.

Należy podziwiać, że przy ówczesnej technice Vierordt doszedł do tak trafnego wniosku, tembardziej, że von der Mühll[3]), który miał możność sprawdzania w r. 1892 tętnopisu zupełnie takiego, jakim prawdopodobnie rozporządzał K. Vierordt, przekonał się, że nie szedł on bardzo równo. Tymczasem mój przyrząd działał tak dokładnie, że nie tylko odległość między poszczególnymi zębami, odpowiadającymi 0·2″, wynosiła ściśle 10 mm., ale że nawet mierzenie na tym samym papierku (używam stale papierków 58 ctm. długich) 15—30 omówionych przestrzeni nie wykrywało w odpowiedniej sumie milimetrów najmniejszych nawet różnic w porównaniu z odnośną krotną, której należało się z góry spodziewać. Po Vierordtcie zajmowali się interesującą nas sprawą François Frank[4]), wymieniony v. der Mühll[3]), który zbadał tętno 10 zdrowych i 75 gorączkujących osób, Hüsler[5]), który zbadał ogółem tętno 105 osób, oraz Hürthle[6]). Jednakże z nowych podręczników jeden tylko Krehl[6]) przytacza wszystkie powyższe prace i wspomina wyraźnie o tem, że i w warunkach prawidłowych mogą zachodzić dość znaczne różnice w trwaniu poszczególnych fal tętna.

Z wymienionych autorów Hüsler mierzył tętno, otrzymane przy zwykłej szybkości biegu tętnopisu, co, zdaniem mojem, dokładność pracy bardzo utrudnia, a nadto żaden z autorów nie kontrolował jednocześnie ciśnienia krwi (BD), ani ciśnienia tętna (PD), nie badał, czy zachodzą pod zajmującym nas względem różnice w krzywych tętna o róznem wyglądaniu i napięciu, ani też nie mierzył oddzielnie wahań w TAP i w TDP. Stąd Krehl twierdzi, że różnice w trwaniu poszczególnych fal tętna zależą tylko od różnicy w trwaniu pauzy serca, gdyż »trudno przypuścić, by zachodziły różnice w trwaniu pojedyńczych skurczów serca«. Tymczasem, jak widać z podanych powyżej liczb, różnice w trwaniu fal tętna występują nietylko w TDP, lecz i w TAP, wynosząc w TAP po 0·005″—0·04″.

Dokładniejsze rozpatrzenie mojego materyału, dotyczącego wahań wielkości TAP i zestawienie granic jej wahań ze średniem TAP dla szeregu fal, zdjętych u tego samego osobnika, stwierdza, przy porównaniu odpowiednich liczb dla TDP, że granice wahań TAP są, stosunkowo do średniej jego wielkości dla fal tego samego osobnika, nierównie większe, niż granice wahań w TDP. Mianowicie, tylko w 11 przypadkach wahania w TAP, wynosząc tylko 0·005″, stanowiły zboczenie o 8—9% od średniego TAP dla 6—8 fal tego samego osobnika; w 24 przypadkach wahania te (0·01″), stanowiły zboczenie około 16% od średniego TAP; w 23 przypadkach wahania w TAP (0·015″) stanowiły zboczenie o 25% od średniego TAP dla fal tych samych osób; w 10 przypadkach TAP, wahając się w granicach 0·02″, zbaczało od średniego TAP dla tych samych osób o 30—35%; w 3 innych, przy wahaniach TAP o 0·025″, stanowiły one zboczenie od odpowiedniej średniej o 27—30%; w innych 3, przy wahaniu TAP o 0·03″, i w jednym przy wahaniu o 0·04″, zboczenie to wynosiło 40—50% średniej normy, a w jednym, przy wahaniu TAP w granicach 0·04″ zboczenie to od średniej normy wynosiło z górą 60%. Umyślnie porównywałem tu granice wahań w TAP nie z TAP dla poszczególnych fal, lecz tylko ze średnią jego wielkością dla poszczególnych osób, aby zachodzące w tym względzie różnice nieco łatwiej uogólnić, zacierając nawet ich ostrość. Pomimo to, okazało się, że granice wahań w TAP są, średnio biorąc, około 2—3 razy większe w stosunku do średniego TAP, niż granice wahań TDP — w stosunku do średniego TDP. Wahania bowiem w TDP stanowią zboczenie od średniego TDP dla odpowiednich osób od 3—5—10—15%, przekraczając ostatnią liczbę w nieznacznej liczbie przypadków tak, że tylko w 5 przypadkach wynosiły one 19—22% odpowiedniego średniego TDP. Nie mogę więc, na zasadzie powyższych danych, zgodzić się z twierdzeniem Krehla (l. c. p. 56), że omawiane tu różnice w trwaniu poszczególnych fal tętna zależą napewno (mit Sicherheit) od różnic w pauzie serca. Nie mogę też powtórzyć za Mackenziem, że zależy to w większości przypadków od wahań w rozkurczu serca. Uważając bowiem nawet za fakt dowiedziony, że wierzchołek tętna nie odpowiada końcowi skurczu serca, muszę jednak na zasadzie zebranych przez siebie liczb twierdzić, że wahania w trwaniu poszczególnych fal tętna zależą nietylko od drobnych różnic w trwaniu rozkurczu serca, ale też i od niezawodnych różnic w trwaniu jego skurczu. Nie przesądzam przytem, o ile gra nerwów naczynioruchowych przyczynia się do zatarcia lub powiększenia tego, co zależy od samych tylko wahań w trwaniu skurczu serca, gdyż na to przy dzisiejszej technice badania klinicznego, danych posiadać jeszcze nie możemy.

Przekonawszy się w ten sposób, że minimalne wahania w trwaniu poszczególnych fal tętna są zjawiskiem zupełnie stałem u osób dorosłych[7]), o rzekomo zupełnie prawidłowem tętnie, postanowiłem sprawdzić, czy nie są one

[1]) Mackenzie J.: Die Lehre vom Puls. Niemieckie wydanie. 1904. Str. 78.

[2]) Vierordt Karl: Die Lehre von Arterienpuls Braunschweig. 1855. Vieweg u. Sohn. 8°, 268, pp. 81—88.

[3]) V. der Mühll: Deut. Arch. f. kl. Med. 1892. Bd 49. Str. 360—2.

[4]) François Frank: Gaz. des hôpitaux. 1877. Nr 68.

[5]) Hüsler: D. A. f. kl. Med. 1895. Bd 54, p. 229.

[6]) L. Krehl: Die Erkrankungen des Herzmuskels. Noth. sp. Path. u. Ther. XV—5. P. 55—57.

[7]) Na częste występowanie drobnych niemiarowości tętna u dzieci zwraca wyraźnie uwagę Mackenzie (l. c. p. 82).

większe od normy u osobników z tętnem o niejednakowej wysokości fal, t. zw. nierównem *(p. inaequalis)*, aby przekonać się, czy czasem podobne tętna, które przy zwykłem oglądaniu krzywej sfigmograficznej nazywamy tylko nierównemi, nie są jeszcze dalszym szczeblem przejścia do zupełnej niemiarowości tętna.

Zmierzywszy jednak w tym celu wysokość i podstawę wszystkich fal w 12 przypadkach tętna nierównego *(p. inaequalis)*, przekonałem się, że tak nie jest, że wahania w ogólnym czasie trwania poszczególnych fal tętna (TP) i w jego częściach składowych (TAP i TDP) są przy tętnie nierównem tak małe, iż nie przekraczają nawet połowy tego, co się w prawidłowych tętnach spostrzega. Nie udało mi się stwierdzić nawet żadnego ścisłego związku pomiędzy stopniem nierówności danego tętna, a granicami wahań w jego TP, TAP lub TDP. Objaśnia to najlepiej poniższa tablica, ułożona w kolei zwiększania się różnicy w wysokości poszczególnych fal tętna.

Tablica XIII.

Nr	Granice wahań w wielkości: TAP (w setnych częściach sek.)	TDP	TP	Granice wahań w wysok. powyższ. fal tętna w milimetrach:
1	1	2	3	1
2	0·5	2·5	2·5	1·5
3	0	2	2	1·5
4	1	4	5	1·5
5	1	1	1	2
6	0·5	5	4·5	2·5
7	1	2	3	2·5
8	1	2	2·5	3
9	1·5	1·5	0	4
10	3	7	6	5
11	1	4	3	6
12	0·5	3	2·5	8·5

Tak więc to, co klinicznie nazywamy tętnem nierównem, zbacza od normy istotnie tylko przez nierówną wysokość swoich fal, czas bowiem trwania poszczególnych fal takiego tętna wahał się w moich 12 przypadkach w granicach o połowę mniejszych od normy.

O skazie moczanowej i jej leczeniu.

Napisał

Dr Józef Surzycki

b. I. asystent kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiell.

(Dokończenie.)

O ile dna nawiedza ludzi, którzy poprzednio mieli gościec mięśniowy, to zwykle usadawia się wtedy w tych częściach, które były zajęte gośćcem. O związku, jaki zachodzi pomiędzy kiłą a dną, już poprzednio mówiłem, więc tego tutaj powtarzać nie będę. Zdawałoby się, że związek dny z białaczką powinien być częstszym, bo i w białaczce bywa znaczne zwiększenie ilości kwasu moczowego; tymczasem okazuje się, że w praktyce przypadki takiego związku są dość rzadkie. Ebstein opisuje 8 własnych spostrzeżeń białaczki z tworzeniem się kamieni i równoczesną skazą moczanową. Wiadomo, że wśród dłuższego przebiegu skazy moczanowej tworzą się czasem kamienie moczowe, złożone z soli moczanowych lub szczawiowych.

Jako ostry okres dny lub zaostrzenie przewlekłego przebiegu dny, występuje zwykle napad, objawiający się opuchnięciem, zaczerwienieniem w pewnym stawie, najczęściej jednej z kończyn dolnych, zwłaszcza palców stopy (podagra), rzadziej rąk. Nietylko sam staw cierpi przy tem, ale i skóra jest mocno zaczerwieniona, podobna do skóry dotkniętej różą. Bolesność zajętego stawu jest znaczna i nieraz bardzo dokuczliwa. Od tego, który ze stawów zostaje zajęty, pochodzą nazwy podagry, chiragry itd. Wśród napadu cierpi i stan ogólny, a ciepłota nieraz wznosi się do 39°.

Najczęściej przed takim napadem pojawiają się bole ciągnące w tej kończynie, gdzie ma wystąpić napad; okostna jest zazwyczaj już tkliwsza, chory czuje w tej kończynie jakąś niedogodę, zawadzanie i pobolewanie, uczucie zmęczenia w mięśniach, czasem pojawiają się kurcze w łydkach, i t. d., aż wreszcie wybucha sam napad i to bardzo często w nocy. Napady podagry zdarzają się częściej z początkiem wiosny lub z końcem jesieni.

Uraz często bywa przyczyną wywołującą ostry napad; takie 3 przypadki opisuje Cornillon. Ostry napad występuje nieraz po zaburzeniach jelitowych. Czy grają w tem rolę wpływy odżywcze lub nerwowe, jak przypuszcza Kolisch, trudno rozstrzygnąć.

Obrzęk skóry, zaczerwienienie, bolesność, trwają czas jakiś, powoli wszystko to ustępuje; staw i skóra wracają niezupełnie do stanu prawidłowego, bo zawsze po każdym napadzie pewna część złogów pozostaje na stałe, zwiększając się potem po każdym napadzie.

His tak sobie przedstawia powstawanie napadu: Z niewiadomych przyczyn odkłada się w chrząstkach dwumoczan, który pochodzi z kwasu moczowego, krążącego we krwi. Okazuje się to przez zmniejszenie się ilości kwasu moczowego przed atakiem. Te złogi jednak, wywoławszy pewne podrażnienie, zostają przez fagocytozę usunięte, do krwi wprowadzone i przez mocz wydalone. Tłómaczenie to najbardziej godziłoby się z dotychczasowemi doświadczeniami.

Wśród przebiegu skazy zdarzają się rozmaite zaburzenia, zależne od czynnościowych zmian układu nerwowego. Jako tego rodzaju zaburzenie opisuje Grube przypadek, w którym podczas napadu podagry występowała cukrzyca. Również podaje on przypadki, gdzie łuszczyca łączyła się z dną i cukrzycą. Zdarzało się to także u dzieci obciążonych dziedzicznie. Zbieg cukrzycy z dną i nadmierną otyłością jest zresztą znany, a Ebstein opisuje przypadek u 48-letniego otyłego mężczyzny, u którego ilekroć po Karlsbadzie znikał cukier, tylekroć występowały objawy dny. W innych dwóch przypadkach zaś występowały objawy dusznicy bolesnej obok dny i cukrzycy. Haig spostrzegał padaczkę, która zdawała się być wywołaną przez zwiększoną ilość kwasu moczowego. Przed napadem padaczki następowało zmniejszenie jego ilości, po napadzie zwiększenie (o 0,1%). Przez odpowiednią dyetę napady bywały rzadsze, a przez dyetę mięsną stawały się częstsze. Ebstein zwraca uwagę, że w przypadkach jednoczesnej cukrzycy i dny, jako też cukrzycy i choroby Basedowa przypadały największe ilości kwasu moczowego i cukru na tenże sam dzień. Wogóle jednak przebieg cukrzycy w przypadkach dny jest łagodniejszy. Czasem w przebiegu dny, zwłaszcza u osób otyłych, pokazuje się lekka cukrzyca, która rychło znika, ale czasem jest to zapowiedź częstszego powtarzania się, a następnie i stałego wydzielania się cukru z zupełnem wyczerpaniem. U osób chudych, dotkniętych dną, należy cukromocz do wyjątkowych zjawisk. W niektórych przypadkach występuje pewna naprzemienność, raz pokazuje się cukromocz, to znowu napad dny.

Przy skazie moczanowej ulega też zmianom i wątroba i nieraz rozwija się marskość wątroby na tem tle. Na związek przyczynowy pomiędzy cierpieniami wątroby a dną, wskazywali już dawniej Murray, Forbes, Scudamore, Murchinson, a z nowszych Trousseau, Latham e i Strümpell przypuszczają nawet, że dna nie jest chorobą odrębną, ale tylko skutkiem zaburzeń w wątrobie. Że przy skazie moczanowej i narząd trawienia podlega rozmaitym zaburzeniom, o tem już poprzednio mówiłem.

Co do wzroku podaje Bergmeister, że u ludzi, u których bywa wysoki ciężar właściwy moczu i dużo osadu kwasu moczowego i moczanów, występowało osłabienie wzroku wskutek zmętnień w soczewce, bez wybroczyn w siatkówce. Odpowiednia dyeta, picie wód alkalicznych i inne środki przeciwdnawe usunęły w niektórych przypadkach zupełnie to zaburzenie.

Mordhorst podaje wyniki z 72 przypadków badania moczu, wykonanego przez Freseniusa, z których się okazało, że u chorych na dnę zawsze bywało więcej kwasu moczowego, niż u zdrowych; kwaśność moczu i ciężar właściwy bywa wyższy u chorych na dnę, niż u zdrowych, a czem mocz kwaśniejszy, tem więcej zawiera kwasu moczowego. Mordhorst podnosi, że chorzy na dnę oddają zawsze mocz za kwaśny, należy więc przypuścić, że przez nerki nie wydziela się wiele alkaliów i że wydzielają się one przez jelita. Według niego kwasy i sole kwaśne szybciej ulegają filtracyi i dyfuzyi od soli alkalicznych. Sądzi on, że tkanki, w których się osadzają złogi moczanowe, są mało odżywiane przez krew, a więcej przez osmozę i dlatego w tkankach tych, mniej alkalicznych, niż krew, nie mogą się moczany utrzymać w rozczynie i tworzą złogi.

Badania moczu podczas napadu dny dały wyniki, nie u wszystkich zgodne; i tak n. p. Ebstein podaje, że podczas napadu było mocznika 25,3—27,1, kwasu fosforowego całego 1,88—2,26, a w połączeniu z alkaliami 0,39—0,47. E. Pfeiffer twierdzi, że podczas napadu jest ciężar właściwy moczu większy, odczyn kwaśniejszy, a ilość kwasu moczowego powiększa się 3—4-krotnie; również zwiększa się i ilość mocznika, tak, że bywa stosunek 1 : 32. O jednym przypadku podaje E. Pfeiffer, że ilość kwasu moczowego podczas napadu skoczyła z 0,22 na 0,99, a nawet 1,73, a po napadzie spadła na 0,31—0 23 i 0.21. His twierdzi, że powiększenie ilości kwasu moczowego następuje zaraz po napadzie, a przed napadem ilość moczu znacznie się zmniejsza. I tak n. p. jeżeli średnio było 0,45 kwasu moczowego, to przy napadzie ilość jego spada na 0,14, a po napadzie w kilka dni dochodzi do 1,10. Czasem ten spadek ujawnia się już na 1—2 dni przed napadem, co trudno sobie wytłómaczyć, ponieważ ilość wydzielonego kwasu moczowego nie jest probierzem dla ilości kwasu moczowego krążącego we krwi i wytwarzanego w ustroju.

Wogóle przeważa pogląd, że zwiększenie ilości kwasu moczowego w moczu ma być dowodem skazy moczanowej, co jednak nie jest zupełnym wykładnikiem, bo i zmniejszenie się ilości kwasu moczowego w moczu nie dowodzi, by wytwarzanie się jego w ustroju było także zmniejszone. Zegari i Pace twierdzą, że w niektórych przypadkach dny ilość kwasu moczowego w moczu wcale nie jest zwiększona. Słusznie więc Magnus Levy przestrzega przed rozpoznawaniem dny na podstawie samego tylko badania moczu, bo nawet ilość kwasu moczowego we krwi jeszcze nie jest pewną wskazówką. Na dowód tego przytacza ten autor jeden przypadek, w którym znalazł zwiększenie ilości kwasu moczowego we krwi u chorego na ostry gościec. W zasadowości krwi w skazie moczanowej nie znalazł Magnus Levy znacznych różnic; u chorych na dnę bywało od 240—430, już jednak u zdrowych wahają się liczby między 300—350. Niema więc żadnego dowodu na to, żeby zasadowość krwi była w skazie moczanowej zmniejszona; nie miałoby to zresztą wielkiego znaczenia, bo według Luffa stopień zasadowości krwi nie wpływa na rozpuszczalność soli kwasu moczowego. Według Neumeistra zawiera surowica krwi tylko 0,005% mocznika, czyli 1 cz. na 2.000, a kwasu moczowego jeszcze mniej. Garrod zaś znalazł u chorych na dnę we krwi 1 część kwasu moczowego na 5.714 krwi. Klempner we krwi chorych na dnę, uzyskanej przez upust z żyły, znalazł na 1000 krwi 0,067—0,09 grm. kwasu moczowego, a przy mocznicy nawet 0,10.

Mikroskopowe badanie krwi miało także stwierdzić w skazie moczanowej pewne zmiany, na które zwrócił uwagę Neusser. Twierdzi on, że we krwi chorych na dnę spotyka się bazofilię okołojądrową w leukocytach i to tak w jednojądrzastych, jak i w wielojądrzastych. Tę bazofilię okołojądrową lenkocytów uważał Neusser za dowód, że to są młode, nowowytworzone komórki. Te zmiany w leukocytach znajdował Neusser u ludzi chorych na skazę moczanową, i u innych, u których objawy mogły przemawiać za dną utajoną, a u których istotnie badanie moczu wykrywało zwiększenie ilości kwasu moczowego, jak i wykładnika między kwasem moczowym, a mocznikiem. Natomiast w początkowych i w daleko posuniętych okresach gruźlicy zmian tych we krwi nie było, lub zdarzały się tylko chwilowo. Że zachodzi pewien antagonizm między skazą moczanową, a gruźlicą, wiedziano już dawno i od wielu lat zwracano na to uwagę. W ostatnich czasach na III. zjeździe przeciwgruźliczym w Paryżu znowu sprawa ta była przedmiotem wyczerpującej dyskusyi. Wprawdzie dna nie chroni bezwzględnie od gruźlicy, jednak doświadczenie poucza, że chory na dnę nie łatwo podlega gruźlicy, a u chorych na gruźlicę napady dny nie zdarzają się wcale, lub tylko bardzo rzadko. U osób, dziedzicznie do dny usposobionych, przebieg gruźlicy jest łagodniejszy, istnieje większa skłonność do wytwarzania tkanki włóknistej i do zabliźniania się ognisk gruźliczych, tak, że czasem identyfikują *phthisis fibrosa* z *phthisis arthritica*. Otóż przypadki gruźlicy, w których stwierdzono zmiany krwi, opisywane przez Neussera, miały dawać rokowanie lepsze i przebiegać łagodniej. Nie oznaczało to jednak, by zwiększenie ilości ciał białkowatych we krwi, zawierających nukleinę, objawiające się bazofilią okołojądrową, było już koniecznie objawem nadmiernego odżywiania, a brak jego objawem charłactwa, bo przecież zdarzało się czasem, że te zmiany w leukocytach znajdował Neusser u wynędzniałych chorych dnawych, a również u stosunkowo dobrze odżywionych suchotników. O ile więc u chorych na dnę te młode komórki we krwi występują ze zwiększoną żywotnością *(vitalitas)*, to u suchotników znajdujemy też same pierwiastki z objawami niezdolności czynnościowej, czyli objawy pewnego, charłactwa. W tym ostatnim przypadku, powiada Neusser, te młode pierwiastki wytwarzają się, jako nieodporne cytofagi, w skazie moczanowej zaś jako elementy odporne, t. j. fagocyty. Poglądy Neussera nie znalazły jednak ogólnego potwierdzenia, i gdy jedni znajdowali w skazie moczanowej te zmiany w leukocytach, to drudzy znajdowali je i w innych sprawach i nie uważają tego zjawiska za znamienne dla skazy moczanowej. Futscher, badając krew w przypadkach ze zwiększonem wydzielaniem zasad alloksurowych, nie znajdował zmian w leukocytach, a z drugiej strony znajdował zmiany, opisane przez Neussera, w przypadkach bez skazy moczanowej. Są wreszcie i tacy, jak Douglas, którzy nawet wogóle nie przyznają związku między leukocytozą a wydzielaniem kwasu moczowego.

Przebieg.

Zwykle przebiega skaza moczanowa przewlekle i ciągnie się całemi latami, wywołując zwolna szereg zmian, które dopiero przez zajęcie ważniejszych narządów i tego skutki (udar mózgowy w następstwie zmian naczyń mózgu, dusznica bolesna, zmiany nerek) wiodą w końcu do zejścia śmiertelnego. Zmiany w stawach wywołują z czasem ich zniekształtnienie, ograniczają ich ruchy, a powoli wywołują i zanik mięśni, tak wskutek ich nieczynności, jak i upośledzonego odżywiania. Oczywiście przebiegiem niepomyślnym odznaczają się przypadki cięższe, w których albo ustrój jest mało odporny, albo dziedziczne usposobienie jest bardzo wielkie, a nadto warunki zewnętrzne i zachowanie się chorego sprzyjały szybszemu rozwojowi choroby.

Rozpoznanie.

Rozpoznanie zasadza się na 2 głównych objawach t. j. tworzeniu się guzów dnawych *(tophi)* i na ostrych napadach dny. Badanie promieniami Roentgena rzadko kiedy daje pożą-

dany wynik, chyba w przypadkach daleko posuniętych, gdzie i tak rozpoznanie jest łatwe. Przy mniejszych jednak zmianach rentgenografia zawodzi. Badanie moczu nie jest rozstrzygające wobec rozmaitych wyników, jakie podają autorowie, i bardzo niezgodnych danych co do samego kwasu moczowego i jego ilościowego udziału w chorobie. Przed rozpoznawaniem dny na zasadzie samego tylko badania moczu i stwierdzenia w nim większej ilości kwasu moczowego słusznie też przestrzegają Magnus Levy, His, Ebstein i inni, bo dopiero wytwarzanie się guzków dnawych, pojawiające się bole dnawe lub ostre napady dny pozwalają na ścisłe rozpoznanie.

Rokowanie.

Przedewszystkiem powinniśmy w każdym przypadku rozstrzygnąć, czy mamy przed sobą lekką, czy też ciężką postać skazy, a więc połączoną ze znacznem obciążeniem dziedzicznem i rozwijającą się w ustroju słabym, i czy zmiany są przeważnie miejscowe, czy też ogólnie rozsiane i jakie są możliwe powikłania. Oczywiście inne będzie rokowanie wobec zaburzeń sercowych, nerkowych, niż wtedy, kiedy sprawa ogranicza się tylko do pewnego stawu lub członka. Usposobienia do skazy i dziedzicznego obciążenia nie możemy zmienić, ale przez odpowiednie życie, zachowanie się, stosowne kuracye, możemy ich wpływ szkodliwy zmniejszyć i przebieg uczynić przewleklejszym, a nawet poniekąd utajonym. W każdym razie należy rokować ostrożnie i nie przywiązywać zbyt wiele nadziei do leczenia, nie znając dobrze chorego i tych warunków, w jakich ma prowadzić dalej życie.

Leczenie.

Leczenie ma za zadanie z jednej strony zwalczać usposobienie, ograniczać złe skutki dziedziczności, z drugiej zaś strony leczyć zarówno przewlekłe objawy dny, jak również i same ostre napady i ich następstwa. Chociaż w poglądach na patogenezę dny, powstawanie poszczególnych objawów i t. d. panuje różnorodność zdań, to jednak wszyscy się zgadzają na to, że w leczeniu od sposobu życia, zajęcia, dyety, spokoju dla nerwów i unikania zaburzeń w narządzie trawienia zależy prawie wszystko. Za zasadę powinno służyć, że wszystko, co osłabia umysł lub ciało, powinno być w leczeniu wyłączone. Oczywiście bardzo ważnym czynnikiem w leczeniu jest odpowiednie pożywienie; nie głodząc wcale chorego, coby nie miało żadnego celu, a przyniosło szkodę, możemy pomimo ograniczeń w wielu względach, przepisać mu pożywienie, zupełnie wystarczające.

Wychodząc z założenia, że powstawanie skazy polega z jednej strony na nadmiernem przekarmieniu, a z drugiej na tem, że ustrój nie jest zdolny przerobić dostarczonego mu materyału i wydalić wytworów przemiany materyi w mierze dostatecznej, musiano i w leczeniu z jednej strony przyjąć za podstawę usunięcie tego nadmiaru pokarmów, ograniczenie ilościowe, oraz unikanie takich pokarmów, które, jak doświadczenie pouczyło, niekorzystnie wpływają na przemianę materyi, wytwarzając za dużo kwasu moczowego lub ciał alloksurowych; z drugiej znowu strony chciano ułatwić wydalenie kwasu moczowego z ustroju, starano się wszelkimi sposobami wpłynąć na szybszą przemianę materyi i tą drogą wydzielanie kwasu moczowego przyspieszyć, oraz stworzyć warunki najodpowiedniejsze do jego usunięcia.

Sprawa nadmiaru pożywienia przy skazie moczanowej od dawna zajmowała badaczy. Przedewszystkiem wykonano i ogłoszono liczne prace, podające badania wydzielin zarówno przy forsownem, jak i przy możliwie szczupłem odżywianiu; tą drogą starano się dociec, jaka ilość pokarmu wystarcza dla utrzymania równowagi w ustroju. I tak, Siven wykonał badania na sobie samym przez 39 dni: z początku ważył 58,9 kilo; zużywał coraz mniej pożywienia w stosunku do azotu. Zaczął od 12,7 azotu na dzień, a doszedł do 2,43

przez 6 dni 6,26 N 39,1 białka 284,1 węglow. = 2477 kaloryi
„ 4 „ 4,52 N 28,3 „ 290 „ = 2444 „
„ 7 „ 2,43 N 15,2 „ 398 „ = 2440 „

Okazało się, że przy 4,52 azotu ustrój pozostawał w równowadze t. j. że na kilogram wagi wypadłoby 0,08 N albo 0,48 gr. białka. O ile przy tem pożywieniu mógłby długo wytrzymać, to rzecz inna. Ciekawe wyniki otrzymał u pewnej słuchaczki medycyny, osoby 42 letniej, mającej tylko 1,30 wysokości i ważącej zaledwie 37·5 kilogr. Obchodziła się ona ilością dzienną azotu 5,17 do 6,11 i jak twierdziła, od lat sześciu to jej wystarczało. Przez 5 dni próby spożywała tylko: chleba Grahama gramów 120, jabłek 400, śliwek 400, winogron 200, orzechów 64, daktyli 170, sałaty 100. Pożywienie to odpowiadało 1400 kaloryom czyli 37,33 kaloryi na kilogram. Wody nie piła, zastępując to owocami; przez te 5 dni waga ciała zupełnie się nie zmieniła, równowaga więc była utrzymana, a nawet według obliczeń chemicznych powinno było przybyć 11,6 białka. Równie ciekawe były wyniki badań u pewnego inżyniera, przywódcy jaroszów (wegetaryanów) w Niemczech. Żywił on się pokarmami wyłącznie roślinnymi od lat kilkunastu; ważył 69,5 kilgr. wysokość ciała 1,65 m. Przez 12 dni badania spożył 12 klgr. ziemniaków, 2,15 orzechów, 0,5 śliwek, 0,85 cukru, 115 rodzynków, 4,25 jabłek, 0,75 cytryn, 0,6 oleju i $1^1/_2$ litra wody w postaci kawy jęczmiennej; na dzień wypada: 61 białka, 507 węglowodanów i 148 tłuszczu, razem 3700 kaloryi, a więc 56 kaloryi na kilogram wagi. (Nawiasem mówiąc, większość »jaroszów« nie ogranicza się do samych tylko pokarmów roślinnych, bo używa także pokarmów zwierzęcych: mleka, jaj, masła, sera). Już z przytoczonych badań widać, że wogóle jemy za dużo i o wiele skromniejsze odżywianie się nie przynosiłoby ustrojowi szkody.

Ze względu na odżywianie chorych w skazie moczanowej wykonano całe szeregi doświadczeń, tyczących się rozmaitych pokarmów, zwłaszcza mięsnych i roślinnych; powstał przy tem spór co do szkodliwości białego lub czarnego mięsa. Do niedawna sprawa ta była jeszcze sporna, obecnie, jak sądzę, jest zupełnie stanowczo rozstrzygnięta.

Już Noorden na zjeździe w Karlsbadzie (1899 r.) podniósł tę sprawę, poźniej Offer i Rosenquist przeprowadzili dokładne badania i znaleźli n. p., że nieraz w białem mięsie jest więcej istot wyciągowych, niż w czarnem. I tak n. p. kreatyny jest w wołowinie 0,107 — 0,276. w cielęcinie 0,182, w mięsie królika 0.403—0,214; kury 0,273 do 0,401; nawet w mięsie gołębia 0,197. Ksantyny znaleziono u zwierząt ssących średnio 0,4—0,7, u ptaków 0,7—1,3. W mięśniach znaleziono u zwierząt starszych 0,52 ksantyny, 2,3 hypoksantyny, 0.02 guaniny, u zarodków 1,11 ksantyny, 3,59 hypoksantyny, 4,12 guaniny.

W 100 grm. mięsa znaleziono:

	N. całego	N. istot. wyc.	N. zasad	na 100 gr. całego N wypada	
				N. istot wyc.	N. zasad
Ryby średnio	3,04	0,52	0,008	18,12	0,52
Ptactwo	3,68	0,41	0.03	11,31	0,83
Białe mięso	3.13	0,43	0,03	13.95	1,01
Wieprzowina	2-83	0,40	0,03	14,35	1,11
Czarne mięso	3,64	0.42	0,04	11,52	1,25
Wołowina (Roastbef) .	3.45	0,47	0.03	13,69	1,0
Wędliny	4,09	0,47	0.03	11,46	0,8
Szynka	3,72	0,53	0,02	15,67	0,7

Różnicy więc znacznej niema i wobec tego zakazywanie czarnego mięsa niema podstawy.

Wprawdzie Senator, Rubner i Minkowski przeczą temu i zarzucają Offerowi i Rosenquistowi, że nie uwzględnili istot wyciągowych, niezawierających

azotu, które stanowią dużą różnicę. I tak według Königa mięso wołowe zawierać ich ma 0,46%, a cielęce tylko 0,07%. Również zarzucano Offerowi i Rosenquistowi, że nie uwzględnili różnicy mięsa pieczonego od gotowanego; mięso wołowe pieczone ma zawierać istot wyciągowych 0,72, duszone 0,40, a cielęcina pieczona tylko 0,03. Offer i Rosenquist oświadczają jednak, że umyślnie tego nie brali w rachubę, z powodów następujących. Rozbiory Königa nie stoją już dziś ich zdaniem na wysokości nauki, bo König rachuje do istot wyciągowych, niezawierających azotu, i kwas mleczny i ślady kwasu masłowego, octowego i mrówkowego, oraz inozyt i glikogen; obecnie nikt już chyba tych. dla ustroju nieszkodliwych składników, do istot wyciągowych zaliczać nie będzie. Twierdzenie, jakoby mięso zmieniało swój skład zależnie od sposobu przygotowania, przez pieczenie lub duszenie, niema podstawy; nowsze badania stwierdziły, że n. p. kotlet cielęcy, ważący 104 gr. zawierał 3,56 całego azotu (3.400) i 0,55 istot wyciągowych, czyli na 100 gr. całego azotu wypadło 15 gr. azotu z istot wyciągowych; po upieczeniu z 15 gr. masła i odlaniu soku, ważyło to mięso 77 grm. i zawierało 3,37 grm. całego azotu (4·38%) i 0,39 azotu z istot wyciągowych (0·50%) czyli na 100 grm. całego azotu wypadło 11,57 grm. azotu z istot wyciągowych; ta różnica będzie i w mięsie wołowem. Że od przygotowania wiele zależy, to rzecz pewna, ale tak białe, jak i czarne mięso mniej więcej w podobny sposób się przygotowuje. Byłoby zatem mniejszą rzeczą, czy choremu podaje się mięso białe, czy czarne, byle chory spożywał wogóle mniej mięsa.

Kaufman i Mohr już w pracy swojej, pomieszczonej w Zeitschrift f. klin. Med. t. 44, dowiedli, że chorzy na nerki równie dobrze znoszą białe, jak i czarne mięso. Zdaniem ich wcale nie można twierdzić, żeby jeden rodzaj mięsa mógł więcej wytwarzać kwasu moczowego, niż drugi. Z tablicy, którą oni podają, wynika, że w doświadczeniach na zdrowych nie było różnicy między czarnem mięsem, a cielęciną lub rybą. Przy podawaniu zaś pożywienia, nie zawierającego nukleiny, otrzymali ci autorowie wyniki następujące:

	Azotu	Azotu ciał alloksurowych	Mocznika w gramie
		w przecięciu	
Przy zwykłem pożywieniu	od 13,0 do 17,2	0,14	0,39
Przy dodaniu do pożywienia 100 gr. cieleciny	15,4—18,5	0,17 (0,15)	0,48 (0,37 0,45)
Przy dodaniu do pożywienia 300 gr. cieleciny	18,1—19.7	0.17 (0,18)	0.48 (0,55 0,56)
Po powrocie do zwykłego pożywienia 1-go dnia.	14.5—17,8	0.13	
Po powrocie do zwykłego pożywienia drugiego dnia	13,9 14,7	0.14	0,31
Przy dodaniu 100 gr. polędwicy	14,1	0,14	0,40
Przy dodaniu 300 gr. polędwicy	17,2—16,6	0,17	0,46—0,62
Przy dodaniu 120 gr. ryby	13.7—16,6	0,15	0,44
„ „ 360 „ „	17,1 | 18,2	0,21	0,60

W tym przypadku okazało się, że przy wołowinie wydzielało się ciał alloksurowych średnio 0,15, przy cielęcinie 0,17, przy rybie 0,18, średnie zaś wydzielanie kwasu moczowego jest w tych trzech okresach prawie równe. Toby dowodziło, że wołowina nie koniecznie zwiększa wydzielanie ciał alloksurowych, tak że zakazywanie czarnego mięsa niema podstawy.

Również jedna z ostatnich prac Landaua, wykonana pod kierunkiem Noordena, dowiodła, że gatunek mięsa niema wpływu na podział azotu w moczu.

Mering na podstawie swoich spostrzeżeń podnosi, że chorzy mieli się o wiele lepiej przy mięsnem pożywieniu, niż przy roślinnem. Również i Douglas twierdzi, że szczególnego związku pomiędzy rodzajem dyety, a kwasem moczowym niema, a przy dyecie mięsnej zwiększa się tylko ilość mocznika. Armstrong (w »Lancet« r. 1897) poleca w skazie moczanowej nawet tak zwaną »kuracyę Salisbury«, t. j. gorącą wodę i świeże mięso. Zaczyna się od podawania od 3 do 5 razy dziennie po 600 sz. c. gorącej wody (dla poprawy smaku można dodać trochę cytryny) na godzinę przed jedzeniem i na noc. Zresztą pożywienie składa się ze świeżego czerwonego, drobno posiekanego mięsa 1—4 funtów dziennie, białka z 2—4 jaj, trochę ususzonego chleba i trochę czarnej kawy lub herbaty z cytryną.

Tak więc mięso, czarne, czy białe, tłuste lub (lepiej) chude, może w skazie moczanowej stanowić regularny posiłek codzienny. Ilość jego dzienna nie powinna jednak według Hirschfelda zawierać ponad 250—500 grm. istot białkowatych, (kaloryi od 1250 do 1500). Oczywiście powinny być wyłączone potrawy mięsne, zawierające dużo nukleiny, więc wątroba, mózg, nerki, śledziona, wyciągi mięsne, mocne buliony i czerwone mięso. Co do tłuszczów, to Horbaczewski i Kučera dowiedli, że 100 gramów tłuszczu (masła) dziennie, nie wywołuje zwiększenia się ilości kwasu moczowego, jednakże Orgler i Rosenfeld temu przeczą (192), a również i Cantani nie radzi w dnie podawać tłuszczów.

Obok białka zwierzęcego próbowano w skazie moczanowej podawać i białko roślinne. I tak aleuronat z pszenicy, uzyskany przez Hundhausena, a zawierający 80% białka roślinnego, 7% węglowodanów, 9% wody, 0·78% soli i 0·45% celulozy, według Gepperta ma nie zwiększać wydzielania kwasu moczowego. Podawano dalej cërgon, białko z ryżu, uzyskane przez Heusela, zawierające 80% proteiny; jestto proszek bez smaku i woni, łatwo dający się urabiać na chleb, a tańszy od poprzedniego. Wprawdzie droższy, ale lepszy, jest roborat. Z innych trzeba wspomnieć o nutrozie, która okazała się bardzo dobrą i co do pożywności nie ustępuje mięsu (Bornstein).

Według Kolischa, chociażby przez pożywienie białkowate wytworzyło się trochę więcej ciał alloksurowych, niż przy dyecie roślinnej, to znowu dyeta mięsna ma tyle za sobą, że możnaby tę okoliczność pominąć. Zwykle bowiem przy dyecie roślinnej następuje przeładowanie żołądka samą już jej ilością, dalej pożywienie roślinne jest trudniej strawne, jednostronne, o smaku jednostajnym, wywołujące wytwarzanie się gazów, a tem samem wzdęcia, nieraz nawet bole w jelitach, wreszcie pokarmy roślinne trudno przechowywać w zimie. Do samej więc roślinnej dyety bardzo trudno się ograniczyć, a jeżeli się ma przejść do niej, to trzeba to robić stopniowo, żeby narząd trawienia do niej przyzwyczaić.

Według E. Pfeiffera można zestawić następującą tabelkę dyetetyczną:

I. Śniadanie.

Dozwolone:	Zabronione:
Kawa słaba	Czekolada
Herbata	Kakao
Mleko	Cukier
1 bułka lub kawałek chleba	Słodycze
Masło	Ciastka
Jaja	Miód
Mięsa trochę lub kiełbasa bez korzeni	

II. Śniadanie wyłączone.

Obiad.

Lekkie zupy lub rosoły	Pożywne zupy
Mięso każdego gatunku	Ziemniaki
Drób, zwierzyna i ryby	Kasztany

Dozwolone:	Zabronione:
Jaja i masło	Chleba więcej niż kromka
Sałaty, ogórki	Jarzyny strączkowe
Jarzyny, (rzodkiewka, buraki)	Mączne potrawy
Owoce surowe i gotowane	Makaron, ryż
Woda zwyczajna i wody mineralne	Grasica, wątroba, nerki, móżdżek
	Słodycze, lody, ciasta
	Ostre korzenie
	Wino, piwo

Podwieczorek.

Filiżanka herbaty bez cukru lub filiżanka kawy bez cukru

Kolacya.

Mięso, jaja, kiełbasa bez korzeni	Kwaśne mleko
Masło, sałata, rzodkiewka	Ser
Ogórki, ćwikła	Kartofle
1 bułka (50 grm.)	Więcej bułki lub chleba ponad 50 grm.
Herbata	Wino, piwo.

Większość autorów oświadcza się za dyetą zmienną, złożoną z mięsa i pokarmów roślinnych. I tak: Klemperer radzi jeść niewiele mięsa, lub ryb i zawsze mieszać pożywienie z pokarmami roślinnymi; jeżeli zaś już nerki są zajęte, radzi przedewszystkiem mleko, w drugim rzędzie ryby, a na ostatku dopiero mięso. Mering także oświadcza się za chudem mięsem, mlekiem, rybami, jajami, zielonemi jarzynami i niewielką ilością chleba. Tegoż zdania są Ebstein, Albu i Kolisch, byle nie jeść dużo mięsa, żadnych wyciągów mięsnych, pożywnych, ciężkich zup, żadnych korzeni. Pfeifer zaleca usunąć potrawy mączne, jednak inni zezwalają na nie, byle w miernej ilości. O jajach już poprzednio wspomniałem, że je można spokojnie podawać, bo nukleiny żółtkowe nie zawierają zasad alloksurowych. Owoce i jarzyny wszyscy bardzo polecają, bo zawierają dużo alkaliów roślinnych. Niewolno tylko podawać szparagów. Mleko również można podawać, nie zawiera ono bowiem nukleiny, nadto według Zegariego przy podawaniu mleka ilość kwasu moczowego stanowczo się zmniejszała.

Jako wzór pożywienia przy zmniejszonym dowozie wszystkich części przytaczam przepis Hirschfelda.

I. Dyeta słaba.	II. Wzmocniona składa się z pierwszej z dodatkiem:
I. Śniadanie.	
Kawa czarna bez cukru	
1 bułka (50 grm.)	
II. Śniadanie.	
2 jaja	bulionu
Obiad.	
bulion z 30 gramami ryżu (sucho ważony)	zupy kartoflanej
250 gramów mięsa (sucho ważonego) albo ugotowanego, albo małą ilość masła.	300 gramów mięsa (więcej niewolno)
Podwieczorek.	
Kawa czarna bez cukru	
Wieczerza.	
50 grm. sera (Sahnenkäse)	200 gramów szynki nie tłustej
100 grm. chleba	100 grm. chleba
10 grm. tłuszczu.	
Przy tem pożywieniu wypada:	
95 grm. białka	134 białka
43 „ tłuszczu	46 tłuszczu
106 węglowodanów	122 węglowodanów
1224 kaloryi	1478 kaloryi.

Według Jewlina posiłek może się składać z 250 do 300 grm. mięsa, 600 do 700 chleba, 50 do 100 gram. masła, 600 do 800 mleka, 50 do 100 grm. cukru i 1000 do 2000 herbaty.

Obok tego podawał Jewlin między głównymi posiłkami sodę w 3 porcyach, dochodząc do 20 grm. dziennie, lub też cytrynian sodowy do 40,0 i utrzymywał w ten sposób stale alkaliczny mocz, co jednak według innych nie miało celu.

Wpływ środków wewnętrznych, jak i różnych wód badał His bardzo dokładnie na chorych, dłuższy czas przebywających w klinice. Jedna naprzykład obserwacya trwała 5 miesięcy. Badania te są tem ciekawsze, że u jednego z chorych w czasie obserwacyi było kilka napadów dny. Podawano piperazynę (3,0), lizydynę (1,5), węglan litowy (0,75), wody Fachingen, Salzschlirf, Teplitz, sodę (4,0 trzy razy dziennie), urotropinę (3—6 razy po 0,50) nastój zimowitowy *(t. colchici)* (3 razy po 15 krop.), *liquor antiarthriticus Blaseri* (3 razy po 20 kr.), uricedynę (zachwalana przez Mendelsohna, 3 łyżeczki) i wreszcie cytryn do 20 dziennie. Okazało się, że działanie wszystkich tych środków było prawie żadne, lub bardzo małe. Małe zmniejszenie się ilości kwasu moczowego uzyskano zapomocą soli i zapomocą wody ze źródła Bonifacius z Salzschlirf. Piperazyna raz zmniejszała ilość kwasu moczowego, to znowu wcale nie działała. Lizydyna nie wywierała żadnego skutku.

Co do przetworów zimowitu *(colchicum)*, to tak His jak i Garrod twierdzą, że przetwory te powiększają wydzielanie kwasu moczowego przy dłuższem używaniu. Dückworth przypuszcza, że zimowit działa tylko żółciopędnie i że przez drażnienie wątroby wywołuje wydzielanie kwasu moczowego. Ebstein dość chwali rozczyn kolchicyny, zwany płynem Lavilla i radzi podawać ten płyn lub po 1 mgr. kolchicyny. Także Magnus Levy podaje chętnie *Vinum Colchici* (100 kropli = 5,0—6,0 grm.) ze środkami przeczyszczającymi lub też płyn Lavilla (2—3 łyżeczki przez 3 dni), albo przetwór niemiecki *Liquor Colchici Mylius* (tańszy); ilość kwasu moczowego ma przytem spadać na 548 mgr., nawet 435 mgr.

Klemperer i Zeissig podawali 3—5 grm. lizydyny, ale bez skutku, nawet w ostrych napadach. Hoven zaleca lycetol po 1,0—1,5 (pół na pół z magnezyą, rozpuszczony w wodzie, po śniadaniu i kolacyi).

Noorden przypisuje lekom więcej wartości, bo nie odrzuca soli, sody, litu, piperazyny, lizydyny i urycedyny, a nawet poleca mocznik. Ebstein nie zgadza się na takie leczenie i radzi chyba jeszcze jedynie urotropinę w wodzie alkalicznej (3 razy dnia po 0,50). Sidonal, zalecany także w skazie moczanowej, nie okazał się skutecznym.

Z doświadczeń Bohlanda wynika, że: kwas garbnikowy (w dawkach 1—3 grm. na dzień) zmniejsza wydzielanie kwasu moczowego, a tak samo ma działać sporysz (w dawce po 0,50 3 razy); podobnież atropina (do 2 mgr. na dzień). Wyraźne zmniejszenie następowało po chininie (w dawkach do 1,5 na dzień), bo przed podaniem było średnio 0,73 kwasu moczowego, po chininie zaś 0,34. Antypiryna niemal nie działała, a po fenacetynie miała się ilość kwasu moczowego zmniejszać. Za kwasem chinowym przemawia Weiss; podaje on go wraz z cytrynianem litu 0,15, *acid chinnicum* 0,50; 6—10 proszków (tabletki urozynowe po 0,50). Chinotropinę (kwas chinowy z urotropiną) zaleca de la Camp, bo choć badania nie stwierdziły po jej podaniu zmian w wydzielaniu kwasu moczowego ani u chorych, ani u zdrowych, jednakże klinicznie skutek ma być dobry; chinotropinę można podawać nawet w dużych dawkach, bo jest nieszkodliwa.

Poehl i Caro zalecają sperminę i pilocarpinę; mają one wytwarzać przechodnią alkalescencyę krwi, co jednak mojem zdaniem niema znaczenia.

Salicyl i przetwory salicylowe, według doświadczeń Bohlanda i zdania innych autorów, jak Haig, Schreiber, Zaudy, Luff, Salomé, Ebstein, Magnus-

Levy, zwiększają leukocytozę, a tem samem wywołują zwiększenie wydzielania kwasu moczowego i kwaśności moczu. Jeden tylko Magnus radzi podawać salicyl w ostrym napadzie dny.

W ostatnich czasach polecają magnesiumperhydrol Mercka (15%), ale o tym środku nic jeszcze stanowczo orzec nie można.

Leber podawał swoim chorym od 10—15 cytryn, żadnego jednak korzystnego wpływu nie stwierdził. W niektórych przypadkach kwaśność moczu nawet się zwiększała i kwasu moczowego było więcej. His i Hausmann potwierdzają ten ujemny wynik. Domber także przekonał się, że przy podawaniu cytryn wydzielanie mocznika i kwasu moczowego zwiększa się. Również Magnus Levy po podawaniu 25 cytryn dziennie nie widział żadnego skutku; natomiast nieraz wywołują cytryny podrażnienie żołądka. Do tych samych wyników doszli Ebstein i Noorden; Ebstein zaleca raczej kuracye wiśniami lub poziomkami; winogrona według niego nie mają szczególnego wpływu, a łatwo psują żołądek. Jeden tylko Klemperer radzi wyciskać sok z 4—8 cytryn i pić razem z wodą Vichy, przeciwko czemu przemawia Ebstein, gdyż po takich kuracyach widywał często niestrawność.

Niektórzy zalecają cytrynian sodowy, który w ustroju zmienia się na węglan i jako taki zostaje wydalony z ustroju. Według Stadelmana miała się przy tym środku ilość kwasu moczowego zmniejszać, a mocznik zachowywał się rozmaicie. Jewein podaje cytrynian sodowy w dawkach nawet 20,0—40,0 na dzień; dawki te czyniły już mocz stale alkalicznym.

Jeżeli już chodzi o zalkalizowanie moczu, to dopiero duże dawki sody zdolne są do tego, a więc 10 do 15 gr. na dzień, jak to naprzykład polecają Betz, Mordhorst, Stadelmann, Jewein, Cavazzani, (ten ostatni po 1,0—4,0). Przy tych dawkach zasadowość krwi zwiększa się. Według Jeweina duże dawki alkaliów wywołują zmianę w przemianie materyi. Inni jednak, jak Luff, Ebstein i His twierdzą, że takie duże dawki alkaliów nie wywołują pożądanych różnic w ilości kwasu moczowego, a psują żołądek. Z innych przetworów alkalicznych są jeszcze w użyciu cytrynian litowy, węglan litowy w małych dawkach, a nawet węglan wapniowy. Racze oczy podawał Noorden kilka razy dziennie po szczypcie (na koniec noża) w wodzie w pół godziny po jedzeniu i dodawał do tego wody alkaliczne, ale nie w takiej ilości, by mocz czynić alkalicznym. Podając jednak wapno, trzeba uważać na wypróżnienia, bo łatwo mogą się wytworzyć złogi wapienne w jelitach. Małe dawki węglanu litowego radzi podawać Ebstein: większe psują już żołądek, na co zwraca uwagę Binz. Według Haiga, Hisa zmniejsza się przy podawaniu związków litu ilość kwasu moczowego. Mendelsohn poleca cytrynian, a nie węglan litowy; węglan w wodzie sodowej zmienia się bowiem na dwuwęglan, a w żołądku tworzy się potem chlorek, który najmniej odpowiada zadaniu leczniczemu, bo i trudno się rozpuszcza i w większych dawkach drażni żołądek.

Podawano także mocznik na tej podstawie, że według Schroedera mocznik dobrze rozpuszcza kwas moczowy. 1,0 kwasu moczowego rozpuszcza się w 16.000 wody, ta sama ilość zaś rozpuszcza się w 2.000 częściach 2% roztworu mocznika czyli roztwór mocznika rozpuszcza kwas moczowy 8 razy lepiej od wody. Wychodząc z tego założenia, G. Klemperer, Strauss i Beckert podawali mocznik po 10,0 do 20,0 dziennie, ale prócz działania moczopędnego innego nie zauważyli. Niektórzy chorzy w 45 dniach zażyli od 120 do 650 grm. mocznika bez żadnych przypadłości, ilość zaś moczu z 1800 podnosiła się do 3.000, a nawet do 4.000. Podając zdrowym 4 do 6,0 kwasu moczowego przekonano się, że ustrój ilość tę rozkładał, bo w moczu nie pokazywało się więcej kwasu moczowego.

W sprawie działania gorących kąpieli także zgody niema, bo gdy jedni, jak Kostjurin, Godlewskij, Frey, Schleih, Heligenthal, Naunyn twierdzą, że ilość mocznika zwiększa się po kąpielach gorących, to znów Koch, Szymanowski i Makowiecki temu zaprzeczają. Według doświadczeń Makowieckiego, w których ciepłota ciała w gorących kąpielach wzrastała do 38,0, a nawet 39,0, przemiana azotu po kąpielach zmniejszała się, ale przyswajanie tłuszczu zwiększało się. Formanek wykonał doświadczenia z gorącemi kąpielami na sobie i na innych osobach. Brał on suchą kąpiel o 65° R. przez 20 minut, potem parową o 41 R. przez 15 minut, a w końcu letnie tusze. Przemiana azotu po tych kąpielach była nieznaczna, ale jeżeli brano jedną kąpiel po drugiej, to przemiana była wówczas większa. Leukocytoza również była nieznaczna, coby przemawiało za większem wytwarzaniem się kwasu moczowego. Podobne doświadczenia wykonali na sobie Linser i Schmid: wskutek kąpieli 40°—43° po 45 minutach ciepłota ciała wzrastała do 40,2—40,4°, przyczem tętno się stawało szybkie, zjawiało się uczucie znużenia, ale wszystko to mijało po pewnym czasie; wydzielanie azotu podnosiło się, a waga spadała z 82,1 na 80,6. Dłuższe i jednostajne stosowanie gorących kąpieli nie zwiększa już potem wydzielania azotu.

Mordhorst twierdzi, że po kąpielach Wiesbadeńskich wogóle ilość kwasu moczowego zmniejszała się. Radzi on choćby zwykłe kąpiele od 28° do 32° R. 10 do 15 minut, poczem chory powinien leżeć i trochę się pocić.

Suchego gorąca próbował używać Sibley; stosował je (do 150°) na miejsca zajęte przez ½ i 1 godzinę, poczem następowała silna transpiracya, przyspieszenie tętna i oddechu; skutki stopniowo miały być dobre.

Pomimo różnych dotąd zdań, stosuje się w praktyce często ciepłe kąpiele pod rozmaitą postacią, jak również kąpiele mułowe, borowinowe, siarczane, naturalne solanki i kąpiele błotne w Limanach i w Saki obok Grot w Monsumano, w Pistoja, lub groty w Bormie.

Z miejscowości leczniczych, zalecanych w skazie moczanowej, wymienić należy: Trenczyn, Piszczany, Cieplice czeskie, Mehadia, Baden, Baden-Baden, Cantezas, Ragatz, Pfäfers, Wiesbaden, Wildbad, Warmbrunn, Aix les Bains, Battaglia, Gastein, Akwizgran, Weilbach, Iwonicz, Badenweiler, Schlingenbad, Tuffer, Swoszowice, Lubień, Truskawiec, Solec, Busk.

Według badań Formanka jednorazowa zimna kąpiel niema wpływu na przemianę azotu; jeżeli zaś bierze się zimne kąpiele dłużej, to wydzielanie azotu zwiększa się. Ebstein i Senator nie radzą wogóle zimnych kąpieli, tak rzecznych, jak i morskich, zezwalając na nie chyba u młodych i silnych osób, a i u tych trzeba te kąpiele bardzo ostrożnie stosować. Natomiast raczej już nacierania i obmywania zimną wodą mogą dobrze działać, wpływając hartująco na skórę i poprawiając jej czynność.

Praca mechaniczna wpływa także na wydzielanie kwasu moczowego. Wpływa ona na szybszy ruch w naczyniach chłonnych i żywszy obrót soków tkankowych. Laval stwierdził, że przy zwiększonem poceniu się następuje wzmożone wydzielanie kwasu moczowego. Z drugiej jednak strony ruch zbyt duży szkodzi, co podnosi już Kolisch. Podaje on, że prawidłowy mocz przed pracą mechaniczną zawierał 0,93 kwasu moczowego, podczas jazdy na łyżwach 1,14, po jeździe zaś 1,20. Laval wykonywał przez miesiąc doświadczenia na sobie; wyniki bywały rozmaite, a nawet w dniach wypoczynku trafiało się większe wydzielanie kwasu moczowego. Doświadczenia jednak na 7 żołnierzach, jednako się żywiących, stwierdziły, że przy pracy mechanicznej ilość mocznika się zwiększa, ale kwas moczowy trzyma się we właściwych granicach. To też większość tych, którzy się tem szczegółowiej zajmowali, wśród nich Ebstein i Senator, polecają umiarkowany ruch, forsowny zaś uważają za szkodliwy. Senator podnosi zwłaszcza dobroczynne działanie zajęć w ogrodzie, umiarkowanej konnej jazdy,

gimnastyki, polowania, a niemniej zaleca też i ruchy bierne. Łączyć z tem można miesienie, które według Bendixa wywołuje zwiększone wydzielanie moczu, większe wydzielanie azotu w moczu, lepsze zużycie tłuszczu przez jelita i działa pobudzająco na cały obieg w naczyniach tak krwionośnych, jak i chłonnych. Przy zastosowaniu miesienia odżywienie skóry jest lepsze, a więc i czynność jej może łatwiej zastąpić nerki. Ogólne więc miesienie zalecać się może bardzo w przewlekłych objawach skazy moczanowej.

Wszyscy się na to zgadzają, że chorzy na dnę powinni się ciepło ubierać i chronić ciało od nagłego oziębienia. Praktyka wskazuje, że chorzy tacy są bardzo wrażliwi na zimno i unikają chłodów; natomiast pobyt w suchych i gorących krajach zwykle działa korzystnie. Mierne pocenie się zmniejsza pracę nerek, które, jak wiadomo, tak często są przy skazie moczanowej zajęte.

Elektryzowanie prądem stałym, i to elektrodą ujemną, ma mieć w tem uzasadnienie, że zasadowość soków ma się pod wpływem ujemnego prądu zwiększać. Korzystnie zwłaszcza ma działać łączenie elektryzowania z miesieniem, jako t. zw. miesienie elektryczne.

Picie wody zwykłej, według doświadczeń Leva, Laquera nie zwiększa wydzielania się kwasu moczowego.

Co do działania wód mineralnych, istnieje cały szereg badań, że wymienię tylko prace Lebera, Ludwiga, Leva, Laquera, Schreibera, Hisa, Zaudy i innych. Z natury rzeczy zalecane bywają wszystkie wody alkaliczne, zacząwszy od najsłabszych aż do najsilniejszych, od wód działających tylko przepłukująco, jak Wiesbaden, z małą zawartością soli i sody, a wogóle we wszystkich z bardzo nie wielką ilością litu, aż do wód, zawierających siarkany, a więc działających mniej lub więcej przeczyszczająco.

Głównie w tych wodach działa soda, w mniejszym już stopniu sól. Wiemy jednak, że chcąc wpłynąć na zasadowość krwi, trzebaby podawać znaczne ilości; dopiero 12—16 grm. sody wystarcza, by mocz utrzymać zasadowym. Pierwszy Stadelmann stwierdził, że użycie 20—30 grm. sody nie działa na ustrój szkodliwie, jeżeli się ją podaje w solankach lub wodach z kwasem węglowym (szczawach). Przez sodę odciąga się ustrojowi bardzo wiele soli kuchennej, dla tego powinno się to wyrównać przez picie soli w wodzie mineralnej. Powinno się dostarczać ilość soli odpowiednią, jaka prawidłowo we krwi się znajduje (6 do 7,5‰). Dostarczać jej zaś powinno się tem bardziej, że sól podnieca trawienie, przyspiesza przemianę materyi, zwiększa ilość moczu i przeciwdziała tworzeniu się złogów kwasu moczowego.

Strauss i Hermann jednak utrzymują stanowczo, że alkalia nie zmniejszają wydzielania kwasu moczowego. Natomiast Salkowski i Spiller w swoich doświadczeniach znaleźli wydzielanie zmniejszone. Według zaś Hisa soda raz wywoływała zmniejszenie, to znowu zwiększenie ilości kwasu moczowego.

Z wodą Kissingen wykonali szereg doświadczeń Dapper i Noorden. Przy piciu 600 c. sz. zmian w przeróbce istot białkowatych nie było, natomiast wydzielanie kwasu moczowego ulegało nieznacznym zmianom. Średnio bowiem było go przed piciem 0,47, a przy piciu bywało 0,52 na dzień. Tak Noorden, jak i Dapper zwracają przytem uwagę, że surowe owoce przy piciu wód Kissingen śmiało podawać można, (im Prinzipe vertragen sich die beiden ganz wunderbar mit einander), byle je spożywać w kilka godzin po wypiciu wody. Mówią oni wyraźnie: »Brunnencur schliesst an sich kein einziges Nahrungsmittel aus: nur der Krankheitzustand als solcher vermag ein Verbot zu rechtfertigen«.

Z doświadczeń, jakie podjęli Schreiber i Zaudy z wodą »Offenbacher Kaiser Friedrich Quelle«, wynika, że działanie jej na wydzielanie kwasu moczowego było bardzo nieznaczne, ale w ilości zasad ksantynowych różnica była widoczna. Ten sam wynik dały doświadczenia z wodą Fachingen. Wszystkie te wody mają zwiększać zdolność moczu do rozpuszczania kwasu moczowego. Ebstein zaleca wodę Offenbach nawet przez dłuższy czas, ale radzi ją pić w miernych ilościach.

Doświadczenia Lebera ze słoną wodą dowiodły, że po niej ilość kwasu moczowego trochę się wzmagała.

Hoisel poleca wodę Rohitsch ze źródła »Styria«, bo zawiera ona wiele soli kwasu węglowego, szczególnie węglan magnezowy. Przy piciu wody tej ma się poprawiać czynność jelit, co przy skazie moczanowej odgrywa ważną rolę. Z innych wód najbardziej używane i znane są wody Vichy, Contrexeville, Vals, Asmanshausen, Salzschlirf, Neuenahr, Tarasp, Bilin, Salvator i karlsbadzkie. Wody karlsbadzkie nie działają jednak lepiej, niż inne podobne wody, a Ebstein, który ma pod tym względem znaczne doświadczenie, radzi podawać wody karlsbadzkie ostrożnie i w małej ilości.

Z naszych wód mogą być stosowane: Szczawnicka Magdalenka, Słotwinka, Wysowska, Rymanowska i Truskawiecka (Naftusia).

Obok tego podano cały szereg wód sztucznych, mających wpływać na rozpuszczenie kwasu moczowego. Z takich wód zagranicznych najbardziej zalecaną bywa tak zwana: »Wiesbaden Gichtwasser«. W porównaniu z najużywańszemi wodami naturalnemi zawiera ona:

	Gichtwasser	Vals	Bilin	Vichy	Fachingen
chlorku sodu	7,4	1,10	—	0,53	0,63
„ litu	0,02	—	0,01	—	—
dwuw. sod.	8,1	6,0	—	5,1	3,57

Zwykle wystarcza 1 flaszka dziennie tej wody do utrzymania zasadowości moczu; jednakże E. Pfeifer dowodzi, że doprowadzać mocz do odczynu zasadowego jest rzeczą zupełnie zbyteczną i niema najmniejszego celu. Z nowych sztucznych wód należy wymienić przedewszystkiem wody sztuczne prof. Jaworskiego.

W leczeniu ostrego napadu dny radzą w pierwszych początkach napadu, o ile jest możliwe, chodzić, co czasem ma przerywać napad. O ile już chory nie może chodzić, trzeba zajęty staw dobrze ułożyć i zabezpieczyć od wszelkiego urazu. Należy też podać jakiś lekki środek przeczyszczający, by wywołał 2—3 stolce. W tym celu Renz zaleca n. p. Inf. Manna elect. 20—100, Vini sem. colchic. 4,0, Magn. sulfur. 40,0, Gumigutti 0,25, Aq. ment. pip. 50,0, Syr. foeniculi 30,0. D. S. Co $^1/_2$ godz. do 3 godz. 1 łyżkę. Można zresztą podać poprostu olej rącznikowy, aloes, kaskarę, rzewień *(rheum)*, byle nie sole alkaliczne przeczyszczające.

W ostrym napadzie dny zaleca się przedewszystkiem nastój zimowitowy *(tinctura colchici)* w dużych ilościach, a więc i do 100 kropel na dzień, lub też jeden z tak zachwalanych przetworów zimowitu: »Liqueur Laville«, »Liquor Colchici. comp. Mylius«, »Alberts remedy« lub »Liqueur Bejeau«, wreszcie i kolchicynę po 0,001 lub przetwór francuski »Granules titrées de Colchicine Hondé«.

Z innych przetworów tak sidonal, jak i urozyna nieraz dobrze działają, ale nigdy tak dobrze, jak przetwory zimowitu. Ponieważ w napadzie dny chodzi o to, by ułatwić wydzielanie się kwasu moczowego, to mojem zdaniem, podawanie kwasu solnego jest uzasadnione, a alkaliów podawać nie należy. Podawanie kwasu solnego w dużych ilościach, nawet do 5,0 na dzień, wywołuje nieraz szybką ulgę i skraca napad. W mniejszym stopniu, niż kwas solny, jednak korzystnie działają i kwas salicylowy lub podobne związki, jak salicylan sodu, aspiryna, ale podawać trzeba 5 do 10 grm. na dzień. Najlepiej podawać co 2 godziny po 1,0 lub co godzinę $^1/_2$ grm. Podawać można dalej fenacetynę, antypirynę, salol, fenokol, salipirynę, laktofeninę od 2 do 4 grm. dziennie. Jeżeli to nie pomaga, to nie zostaje nic innego, jak morfina.

Co do dyety w napadzie ostrym, to pozwalamy na zupki, kleiki, kaszki, a zabraniamy mięsa, pożywnych zup, jaj, sera. Wód alkalicznych podczas napadu nie należy podawać żadnych, ponieważ mogą one wywołać wytwarzanie dwumoczanu sodowego, któryby się do tkanki mógł wydzielić.

Stosowanie zimna przy ostrych napadach nie jest wskazane, bo także może wywołać wydzielanie się dwumoczanu sodowego, trudno rozpuszczalnego. Również nieodpowiednie jest miesienie, bo wywołuje silne podrażnienie, ból i do usunięcia obrzęku wcale się nie przyczynia. Lepiej stosować okłady wysychające, zmieniane co pewien czas, z płynu Burowa lub wody gulardowej. Gdy chory wilgotnych okładów nie znosi, dawać tylko okład z waty. Jeżeli się przeciąga napad, to należy podać wtedy jodek potasu 5 : 150 i nastój zimowitowy. Gdy napad ustępuje, należy używać biernego i czynnego ruchu, ciepłych kąpieli i lekkiego miesienia.

Wobec zaburzeń czynności serca (Gichtherz), naśladujących typowe napady dusznicy bolesnej, radzą podawać azotyn amylowy, strychninę, jodek potasu, arszenik i środki lekko przeczyszczające.

W migrenie na tle dnawem zalecają obok leków nerwowych (*nervina*) także antypirynę, fenacetynę, a przedewszystkiem salofen. Dawniej zalecano także upusty krwi po 100 do 200 grm., ale okazało się, że nie wywołują one zmiany w zachowaniu się kwasu moczowego, a mogą niepotrzebnie chorego osłabiać.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Peters. **W sprawie sedymentacyi (plwociny gruźliczej) zapomocą wody utlenionej wedle sposobu Sachs-Mükego.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 9). Ujemną niewątpliwie stroną tego sposobu jest dostawanie się bakteryi do tworzącej się piany, przez co ubywa ich w warstwie opadającej, z której robi się preparaty. Autor dąży do zmniejszenia pienienia się cieczy przez powolne dolewanie wody utlenionej i czekanie do drugiego dnia, póki piana nie opadnie, wreszcie przez ostrożne mieszanie piany pałeczką szklanną. Gdy to nie pomaga, należy i w pianie poszukiwać prątków gruźliczych. *Dr M. Godlewski.*

Lewiński. **Próba desmoidowa Sahlego i próba łącznotkankowa Schmidta.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 9). Spostrzeżenie Schmidta, przemawiające za tem, że tkanka łączna, odporna na działanie soku jelitowego i trzustkowego, ulega trawiącemu działaniu prawidłowego soku żołądkowego, zużytkował tenże autor w swej próbie łącznotkankowej, (125 gr. surowej tkanki łącznej podaje się w posiekanem obsmażonem mięsie, poczem poszukuje się gołem okiem tkanki łącznej w stolcu; przy prawidłowej czynności żołądka ilość ta tkanki łącznej zostaje w zupełności strawiona), Sahli zaś w desmoidowej, używając jako materyału łącznotkankowego surowego katgutu, którym zawiązuje gumowe woreczki, wypełnione błękitem metylenowym (jeżeli żołądek swą czynność chemiczną pełni należycie, katgut zostaje strawiony, wysypany barwik wchłoniony zabarwia znamiennie mocz w ciągu najwyżej 20 godzin). Lewiński postanowił obie te próby porównać, ze względu bowiem na tożsamość materyału (tkanka łączna) powinny obie próby zawsze wypadać zgodnie. Tymczasem doświadczenia, wykonane przez L., dowodzą, że niejednokrotnie zgodności tej niema; przyczyna tego niezawsze jest jasna; w każdym razie trzeba zważyć, że katgut nie nadaje się do zamykania woreczków w próbie desmoidowej, gdyż rozpuszcza się (Saito) w mieszaninie soku trzustkowego i jelitowego. Doświadczenia L. ograniczają tedy znaczenie próby desmoidowej. Autor przykłada wielką wagę do próby łącznotkankowej Schmidta, przy wykonywaniu zaś próby desmoidowej Sahlego zaleca zachowanie pewnych ostrożności (położenie badanego na bok lewy, zmiana zawartości woreczków). *Dr M. Godlewski.*

Klauber. **W sprawie rozpoznawania i leczenia ropowicy żołądka** (*gastritis phlegmonosa*). (*Zentralbl. f. inn. Med.* 1907, Nr 7). Z 83 przypadków ropowicy żołądka, zestawionych przez Schnarrwylera (*Arch. f. Verd.* 1906, T. XII, Z. 2), zaledwie 6 skończyło się wyleczeniem. Atoli właśnie w tych przypadkach brak było ścisłego rozpoznania. K. opisując jeden wyleczony przypadek, zwraca uwagę na rozpoznawczą doniosłość badania treści żołądkowej. W początkach choroby znajdują się w niej (jak i w stolcu) obfite strzępy białe, złożone z nabłonków żołądkowych; w dalszym przebiegu składa się treść żołądkowa prawie wyłącznie z ciałek ropnych. K. zaleca przedewszystkiem pilnie chorego nadzorować, by na wypadek przebicia żołądka można dostatecznie wczas wkroczyć, odradza natomiast próbnej, jak i zapobiegawczej laparotomii. Za główne leczenie uważa ostrożne opróżnianie żołądka przy pomocy zgłębnika, po którem u swego chorego zawsze zauważał poprawę stanu ogólnego. Ponieważ chorego odżywiać nie można ani przez usta, ani przez odbytnicę, stosuje K. dla podtrzymania sił podskórnie kalodal (1—2 prc. w rozczynie fizyologicznym soli). *Kasprzyk.*

Prof. A. Gizelt. **Ciała gorzkie i alkohol jako środki trawienne.** (*Now. lek.* 1907, Nr 2). Środki gorzkie, stykając się z błoną śluzową żołądka, nie wywierają na czynność gruczołów żołądkowych żadnego bezpośredniego wpływu. Nie wywołując zwiększonego wydzielania soku żołądkowego i nie podnosząc jego siły trawiennej, nie mogą być uważane za środki »żołądkowe i trawienne« w ścisłem słowa znaczeniu, tembardziej, że i na wydzielanie soku trzustkowego i żółci również nie wywierają wpływu. Natomiast w przypadkach braku łaknienia środki te mają ważne znaczenie. Łaknienie, nie występujące na widok i zapach potraw, nawet najsmaczniejszych, zjawia się po podaniu środków gorzkich. Przyjmowanie pokarmów po spożyciu środka gorzkiego jest niejako przymusowe, staramy się bowiem w pierwszym rzędzie usunąć silny, nieprzyjemny, gorzki smak. Cel ten osiągamy przez żucie ciał stałych, przyczem wydziela się znaczna ilość śliny, rozcieńczającej środek gorzki i osłabiającej smak gorzki. Środki gorzkie wywierają pośrednio dodatni wpływ na poprawę trawienia, gdyż z chwilą zjawienia się chęci do jedzenia powstają warunki dla wydzielania soku żołądkowego, t. zw. psychicznego. Ważne rozstrzygające znaczenie mają przy tem wrażenia dotykowe przez zetknięcie się ciał gorzkich z błoną śluzową, głównie dziąseł. — Wyskoku nie można uważać za środek poprawiający trawienie, ponieważ zakłóca trawienie i działa niszcząco na siłę trawienną soku trzustkowego. Może on wszelako odegrać poważną rolę w polepszeniu odżywiania w przypadkach braku łaknienia u takich osobników, które z powodu pochłaniających je zajęć zawodowych i przygnębiających wrażeń nie mogą się skupić na akcie jedzenia. Wówczas wyskok, porażając ośrodki nerwowe, usuwa psychiczny indyferentyzm względem przyjmowania pokarmów, które to przyjmowanie pociąga za sobą wydzielanie się soku żołądkowego. Dla wywołania takiego skutku wystarczają małe ilości lub słabe rozczyny wyskoku, które rozcieńczają się jeszcze bardziej przez wydzielające się w większej ilości soki trawienne. Rozcieńczenie bowiem wyskoku około 1—2 prc. nie obniża siły trawiennej soku żołądkowego. *Blassberg.*

Rahn. **Ovogal, nowy środek żółciopędny.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 10). Środek ten, którego własności żółciopędne stwierdzono doświadczalnie na zwierzętach, stanowi połączenie kwasów żółciowych z białkiem. Prócz chorób wątroby (kamicy, żółtaczki nieżytowej i t. d.) podawał go autor i w pewnych chorobach przewodu pokarmowego rzekomo z bardzo dobrym wynikiem. Podaje się do 3 łyżeczek dziennie w postaci proszku lub w kapsułkach po 0,5. *Dr M. Godlewski.*

Schlesinger i Holst. **O wartości próby benzydynowej przy wykrywaniu najmniejszych krwawień w zakresie narządu trawienia i narządu moczowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 10). Próba ta jest niewątpliwie niezmiernie czuła, co stanowi równocześnie jej zaletę i wadę. Wadę, gdyż nawet ślady krwi, zawarte w pokarmach mięsnych, mogą być przyczyną dodatnich wyników tej próby. Łatwo jednak temu zaradzić, stosując przynajmniej przez 3 dni dyetę bezmięsną. Autorowie nie sądzą, aby drobne ślady barwika krwi, zawarte w żółci, mogły wywoływać dodatni wynik próby. Mała ilość kału, użytego do próby, nie zmniejsza wobec nadzwyczajnej czułości próby znacznej szans wykrycia krwi, zwłaszcza że przez dokładne wymieszanie kału lub roztarcie go w moździerzu łatwo złemu zaradzić. Autorowie wykonują próbę w sposób następujący: Do odczynnika ($^1/_2$ cm. świeżo przygotowanej mieszaniny benzydyny i kwasu octowego zgęszczonego (*ac. acet. glaciale*)+3 ctm. 3 prc. wody utlenionej) dodajemy kilka kropel świeżo zagotowanej zawiesiny wodnej badanego stolca (ilość kału wielkości ziarna grochu w $^1/_5$ probówki wody). W razie obecności krwi powstaje natychmiast zabar-

wienie niebieskie, a jeźli krwi jest bardzo mało, zabarwienie zielone.

Do wykrywania krwawień z dróg moczowych należy próbę tę uważać za najniezawodniejszą i najczulszą. Z moczem wykonywać ją należy w sposób następujący: Do 10 ctm. moczu z dodatkiem 1/2—1 ctm. kwasu octowego zgęszczonego dolewamy po wymieszaniu trzecią część tej objętości eteru z dodatkiem 5—10 kropel bezwzględnego wyskoku, a po dokładnem wymieszaniu i następowem odstaniu się warstwy eterowej przen si się tę warstwę pipetą do probówki z odczynnikiem benzydynowym (przygotowanym, jak poprzednio). Po wymieszaniu powstaje niebawem w razie obecności krwi zabarwienie niebieskie, lub też zielone. *Dr Maryan Godlewski.*

Garhammer. **W sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 8). Wbrew zdaniu przeważnej większości dzisiejszych klinicystów przechyla się autor stanowczo ku leczeniu zachowawczemu, popierając swe zapatrywanie bardzo korzystną statystyką. *Dr M. G.*

Rubin. **Wydzielanie się urobiliny w przebiegu duru.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 11). Urobilina nie wydziela się lub wydziela się tylko w bardzo małej ilości w okresie wznoszenia się gorączki, oraz w okresie gorączki ciągłej w durze; z chwilą pojawienia się pierwszych spadków ciepłoty, oraz w okresie wyzdrawiania wzrasta jej ilość. Może to mieć pewne znaczenie w rozpoznawaniu i rokowaniu. *Dr M. Godlewski.*

Leick. **Leczenie duru pyramidonem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 12). Wyniki leczenia mają być bardzo dobre. Należy podawać co 2 godziny w dzień i w nocy po 10 ctm. 2 prc. rozczynu pyramidonu. *Dr M. Godlewski.*

Schottelius. **Haemostix.** (*Münch. med. Wochs.* 1907. Nr 11). Przyrząd, podany przez S., a nazwany »haemostix«, ma na celu ułatwienie zebrania krwi do badania, zwłaszcza u chorych, bojących się noża. Zasada przyrządu przypomina klucz, używany przez konduktorów do przecinania biletów. Zakłada się go na duży palec, a na wskazujący podkładkę z korka. Przez zbliżenie obu palców nożyk robi na płatku ucha odpowiednie nacięcie szybko i prawie bezboleśnie. *Klęsk.*

Salecker. **Badanie krwi chorych na dychawicę.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 8). W czasie napadu dychawicy wykrztuszona zostaje z plwociną obfita ilość komórek eozynochłonnych, stąd zmniejszenie się odsetkowe ich, jakoteż wogóle komórek jednojądrzastych we krwi po napadzie. Stratę tę wynagradza ustrój nadmiernem wytwarzaniem (prawo Weigerta), to też w jakiś czas po napadzie, zatem w czasie od napadów wolnym, znajdujemy ilość tych komórek większą, niż we krwi prawidłowej; wtedy też stosunek wielojądrzastych do jednojądrzastych jest odwrotny, jak we krwi prawidłowej, t. j. pierwszych jest mniej, niż drugich. *Dr M. Godlewski.*

F. Kisch junior. **Jak oddziaływa prawidłowy narząd krążenia na naturalne kąpiele z kwasem węglowym?** (*Wiener med. Presse* 1906, Nr 52). Doświadczenia wykonywał autor zapomocą wody maryenbadzkiej, zawierającej w 1 litrze 1127·74 ctm.³ wolnego CO_2 i doszedł do następujących wniosków: Kąpiele z CO_2 o ciepłocie 32·5—36·25° C. wywołują u zdrowego człowieka podniesienie się ciśnienia krwi z jednoczesnem zmniejszeniem się liczby tętna i oddechów. Naczynia skórne rozszerzają się, naczynia zaś w zakresie nerwu trzewnego (*n. splanchnicus*) ulegają zwężeniu, co wywołuje lepszy przepływ krwi i dokładniejsze wypełnienie tętnic. Serce musi wykonywać większą pracę, ponieważ jednak rozkurcz trwa dłużej (tętno zwolnione), może ono po każdym skurczu dostatecznie wypocząć i przygotować się do następnego skurczu, wskutek czego nie przychodzi do wyczerpania. Kąpiele zaś o 37°, a zwłaszcza o 40° C. obok znacznego podwyższenia ciśnienia krwi wywołują jednocześnie przyspieszenie tętna; niema więc już korzystnego stosunku między wzmożoną pracą serca, a koniecznem przedłużeniem okresu odpoczynku. Działanie powyższe nie ustaje z chwilą wyjścia z kąpieli, ale utrzymuje się jeszcze 1/2—1 godziny. *Friediker.*

Pedyatrya.

Finkelstein. **O zatruciu pokarmowem w wieku niemowlęcym.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, I i III). Przez tę nazwę rozumie autor zbiór objawów, będący wyrazem głębokich zaburzeń w przemianie materyi, a pojawiający się głównie przy chorobach żołądkowo-kiszkowych i zaburzeniach odżywiania, ale mogący także rozwinąć się na tle rozmaitych innych chorób, np. chorób zakaźnych ogólnych, jak odra i płonica i na tle posocznicy. Składają się na niego następujące objawy: upośledzenie przytomności, znamienna zmiana typu oddychania, t. zw. wielkie oddychanie, glikozurya pokarmowa, gorączka, zapad, lub też objawy osłabienia serca, biegunki, białkomocz i cylindrurya, spadek ciężaru ciała i leukocytoza. Objawy te występują z różną siłą i mogą przez rozmaite łączenie się z sobą tworzyć różne typy, z których najważniejszymi są: typ cholerowaty, typ śpiączkowy i t. zw. hydrocefaloid.

Wczesne rozpoznanie jest ważne, a naprowadza na nie przedewszystkiem zmiana w wejrzeniu i zachowaniu się dziecka. Trzeba być dobrze obznajomionym z mimiką i całem zachowaniem się zdrowego oseska, aby zauważyć dokładnie także drobniejsze zboczenia. Tymczasem obecna szkoła tego wyćwiczenia nie daje, zwracając zbytnią uwagę na objawy miejscowe, zachowanie się stolca itd. Objawy te zaś bardzo często zawodzą, stolce n. p. mogą niczem nie różnić się od zwykłych stolców dyspeptycznych.

Określenie opisywanego stanu nazwą »nieżytu żołądkowo-kiszkowego« lub »choleryny« uważa autor za niestosowne i szuka analogii w wielkich katastrofach przemiany materyi: mocznicy, żółcicy i śpiączce cukrzycej. Podobnie, jak przy chorobach nerkowych i mocznicy, osobno zatem należałoby rozważać przyczyny i istotę choroby podstawowej (niestrawność, nieżyt żołądkowo-kiszkowy, posocznica), osobno genezę sprawy intoksykacyjnej i przyrodę ciał, wywołujących zatrucie.

W drugim artykule zajmuje się autor wyłącznie zatruciem pokarmowem, występującem na tle zaburzeń odżywiania, t. j. stanów, które powstają u oseskόw skutkiem zaburzeń w przebiegu sprawy odżywiania z wyłączeniem wszelkich obcych czynników, np. zakażeń, rozkładów bakteryjnych. Fakt, że u dziecka, w pewien szczególny sposób chorego i okazującego zwiastuny (stolce dyspeptyczne, nieregularności w krzywej ciężaru ciała, małe wzniesienia gorączkowe), zwiększenie ilości pokarmu całego, lub zwiększenie ilości pewnych składników wywołuje z matematyczną ścisłością objawy zatrucia, a przeciwnie usunięcie pewnych składników, zmniejszenie ilości pożywienia, lub najwybitniej dyeta wodna objawy zatrucia usuwa, dowodzi najlepiej pokarmowego pochodzenia zatrucia i pozwala wyłączyć bakterye jako jego przyczynę. Po raz pierwszy, według autora, dochodzimy do wniosku, że pokarmy mogą działać w pewnych warunkach, jak gwałtowne trucizny i wywoływać stany, podobne do cholery lub duru brzusznego, połączone z wysoką gorączką. Co do działających składników pożywienia, to chodziłoby głównie o dwa: cukier i tłuszcz; przeciwnie białko, a w szczególności sernik, jest zupełnie obojętny, to znaczy objawów zatrucia nie wywołuje. Sernik, bakterye, a może i sole mają jednak znaczenie w przygotowaniu tego stanu, na tle którego rozwija się dopiero zatrucie pokarmowe. Co do przyrody jadów dochodzi autor do wniosku, że chodzi o jady przemiany materyi, t. j. istoty, powstające skutkiem nieprawidłowych losów pożywienia w pośredniej przemianie materyi, na tle swoistej ogólnej niedomogi sprawy odżywiania. *Lewkowicz.*

Thiemich i Birk. **O rozwijaniu się w późniejszem dziecięctwie oseskόw, które przebywały drgawki.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, I). Przy próbach określenia związku między drgawkami dziecięcemi, a padaczką i innemi nerwicami lub psychozami, pojawiającemi się w wieku dojrzałym, stwierdzanie w wywiadach drgawek dziecięcych w mniejszym lub większym odsetku przypadków nie prowadzi do celu, bo w ten sposób drgawki różnorodnego pochodzenia lub nawet inne objawy, które laicy określają jako drgawki, miesza się między sobą. Pozostawałoby śledzenie dalszych losów dzieci, które przebywały drgawki i kurcze głośni. Tę drogę obrali autorowie i przeprowadzili spostrzeżenia na 64 dzieciach. Ponieważ jednak spostrzeżenia rozpoczęto w roku 1899, zatem najstarsze dzieci mają zaledwie 7—8 lat, stąd też materyał ten do rozstrzygnięcia pytania o związku z padaczką się nie nadaje. Wyniki mimoto pod niejednym względem są zajmujące. Okazało się, że w rozwoju umysłowym takich dzieci było niespodziewanie wiele nieprawidłowości, szczególniej w zakresie inteligencyi. Prawie połowa (45 prc.) przypadała na dzieci słabo uzdolnione, co u dzieci szkolnych uwydatniało się ogólnie powolnym postępem, a szczególniej słabym postępem w rachunkach. W związku z tem pozostaje późniejszy rozwój mowy, szczególniej u dzieci słabo uzdolnionych. U wielu dzieci zauważono nadto najrozmaitsze objawy nerwowości, a tylko u 1/3 nie było zboczeń. Ale i co do tej części są pewne zastrzeżenia. Postępy dobre okazywali tu najczęściej jedynacy, jak można przypuszczać, jedynie skutkiem odpowiedniej pomocy w domu. W etyologii, ale także w rokowaniu największe znaczenie ma dziedziczność. Najczęściej u ro-

dziców lub rodzeństwa stwierdzano również drgawki, lub inne objawy spazmofilii, rzadziej chorobę nerwową; nigdy nie stwierdzono padaczki, co wobec wybitnej bezpośredniej dziedziczności padaczki przemawia przeciw związkowi między padaczką, a drgawkami dziecięcemi. Spazmofilię należy uważać za wynik uszkodzenia mózgu w zawiązku przez czynniki dziedziczne, co uwydatnia się później intelektualną, lub psychiczną niższą wartością; jest ona objawem wczesnym obu tych zboczeń. *Lewkowicz.*

Schmorl. **O patogenezie zmian kostnych, występujących przy chorobie Barlowa.** (*Jahrb. f. Kinnerk.* 1907, I). Autor na podstawie danych z piśmiennictwa i własnych badań występuje przeciw przypuszczeniu Lossera, który wszystkie zmiany, napotykane przy gnilcu niemowlęcym w kośćcu, odnosił do krwotoków i skazy krwotocznej. Zmiany te: krwotoki, przemiana szpiku kostnego w szpik zrębowy (Gerüstmark) i zanik istoty kostnej, są między sobą równorzędne i występują też niekiedy niezależnie jedne od drugich, lub nie odpowiadają sobie wiekiem i rozległością. *Lewkowicz.*

Flesch. **Przyczynek do patologii choroby Barlowa.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, I). W etyologii choroby Barlowa zasadniczą rolę gra długie i wyłączne żywienie mlekiem wyjałowionem. Czynnik ten nie wywołuje jednak choroby zawsze; trzeba przyjąć obok tego osobnicze usposobienie. Otóż w dwóch przypadkach autora dzieci pochodziły po stronie matki z rodzin, w których wielokrotnie stwierdzano cukrzycę, a same matki wydzielały podczas ciąży pokaźne ilości cukru w moczu. *L.*

Neumann. **Nieczyste tony serca u dzieci.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 8). Zdaniem autora należą nieczyste tony serca u dzieci do zjawisk bardzo częstych (między 6—10 r. ż. w 49·4 prc.). Objaw ten zjawia się według autora najczęściej po przebyciu spraw zapalnych górnego odcinka dróg oddechowych (n. p. po zapaleniu gardła) i trwa nieraz długo i uparcie. Szmer jest słabszy, niż przy wadach zastawkowych; brak powiększenia wymiarów serca i zaostrzenia drugiego tonu nad tętnicą płucną stanowi tutaj regułę. Częstą jest niemiarowość tętna, co przemawia za tem, że sprawa ma tło anatomiczne. Najprawdopodobniej przyczyna tkwi w samym mięśniu sercowym. Zdaniem autora mają objawy niedomogi sercowej nie występować w tych razach wcale. *Dr M. Godlewski.*

Mołczanow. **Spostrzeżenia nad leczeniem płonicy surowicą Mosera.** (*Russkij Wracz.* Nr 50 i 51, 1906). W klinice chorób dziecinnych w Moskwie wstrzykiwał M. pod skórę brzucha zapomocą przyrządu Bobrowa po 200 ctm. sz. surowicy Mosera w 33 przypadkach płonicy (10 średnich, 18 ciężkich i 5 bardzo ciężkich). W razie potrzeby wstrzykiwano surowicę powtórnie po przejściu 1—2 dób, zmniejszając dawkę o połowę. Odsetek śmiertelności jest tem znaczniejszy, im później robiono wstrzykiwania. Wstrzykiwanie ani razu ropnia nie wywołało. Zresztą co do leczenia przestrzegano przedewszystkiem, by chory przez 3—4 tygodni leżał w łóżku i stosowano dyetę mleczną. Jamę ustną i gardło oczyszczano zapomocą płukań wodą utlenioną i 5 prc. rozczynem ichtyolu. Ze swych spostrzeżeń wysnuwa M. następujące wnioski: Surowica Mosera w większości przypadków płonicy obniża ciepłotę i wywiera wpływ dodatni na ogólny stan chorego, na tętno, oddech i objawy nerwowe. Wogóle jednak na całą sprawę płoniczą widocznie surowica głębokiego wpływu nie wywiera, np. na zapalenie migdałków i gardła prawie zupełnie nie oddziaływa, powikłaniom nie zapobiega, okresu gorączkowego i przebiegu choroby nie skraca. Surowica ta oddziaływa przeważnie na jady, które zatruwają ustrój przy płonicy. M. radzi więc stosować surowicę w przypadkach, gdzie występują objawy zatrucia, wstrzykując ją możliwie wcześnie, w każdym razie nie później, niż czwartego dnia choroby. *Z. Jastrzębski* (Petersburg).

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Litten. **Zapalenie płuc urazowe.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 13). L. uznaje w zupełności możność wystąpienia zapalenia płuc po urazie, n. p. zgnieceniu klatki piersiowej. Zapalenie może wystąpić nietylko w miejscu zadziałania urazu, ale i dalej, przyczem na skórze klatki piersiowej niekoniecznie powstać muszą zmiany. Zapalenie płuc spostrzegał też L. po dźwiganiu ciężkich przedmiotów. Naturalnie często wydarzać się mogą w takich przypadkach krwawe nacieczenia płuc, dające kliniczny obraz sprawy zapalnej. Przy dźwiganiu ciężarów często wydarzają się też pęknięcia płuc. Ciężary dźwiga się zwykle wśród głębokiego wdechu przy zamkniętej głośni, co tłómaczy łatwo mechanizm takich pęknięć. Zapalenie płuc po urazie występuje najdalej 6. dnia, wydarza się głównie u mężczyzn i przebiega ciężko, nieraz śmiertelnie (do 68 prc. śmiertelności). *Klęsk.*

Levy. **Śmiertelność z chorób usznych i znaczenie jej przy ubezpieczaniu na życie.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 13). Wiele Towarzystw asekuracyjnych nie przyjmuje zupełnie chorych na ropotok uszny, inne każą płacić takim chorym o wiele drożej, a inne w końcu polecają doszczętną operacyę i dopiero po wyleczeniu przyjmują ubezpieczenie. L. zestawił statystykę śmiertelności chorób usznych celem wyświetlenia tej sprawy. W statystyce jednego z większych Towarzystw ubezpieczeń przypadło na 46,480 zgonów 58 zejść śmiertelnych z powodu ropienia ucha, co wynosi 0,12 prc. ogólnej śmiertelności. Obecnie śmiertelność jest większa w statystykach z powodu większego zwracania uwagi na te choroby i częstszą kontrolę lekarską w przypadkach śmierci. Groźne powikłania występują po przewlekłych ropieniach częściej, niż po ostrych. W sprawach ostrych złośliwość sprawy chorobowej rośnie z wiekiem chorych. — Wszystko to dowodzi, że niesłuszną jest rzeczą kategorycznie odmawiać chorym na uszy ubezpieczenia. W przypadkach niezbyt ciężkich powinni chorzy tacy mieć prawo do ubezpieczenia się; stopień ciężkości przypadku może jednak ocenić tylko lekarz specyalista. Wobec możliwości powikłań chorzy tacy płacić przytem powinni wyższą premię. *Klęsk.*

Tokarski. **Śmierć z woli bez objawów poprzedzających.** (*Wiener med. Wochs.* 1906, Nr 43). Żołnierz, cierpiący na napadowe bole głowy i bicie serca, zmarł nagle wśród gwałtownych drgawek. Sekcya stwierdziła powiększenie i zwyrodnienie włókniste gruczołu tarczowego, który, obejmując tchawicę, sprawił zanik pierścieni chrząstkowych i silne zwężenie; błona śluzowa tchawicy pulchna i przekrwiona; w sercu krew płynna. — Prawdopodobnie grudka śluzu wywołała napad silnego kaszlu, którego następstwem było przekrwienie błony śluzowej tchawicy i zastój krwi w gruczole, skutkiem tego zaś tchawica stała się nagle niedrożną. *Bujak.*

Levinson. **Odczyn Barberia na nasienie.** (*Berl. klin. Wochs.* 1906, Nr 41). Barberio podał w r. 1905 próbę, polegającą na tem, że do nasienia lub wyciągu wodnego z plam podejrzanych, zagęszczonego przez odparowanie kilku porcyi wyciągu na tem samem szkiełku podstawowem, dodaje się nasyconego wodnego lub wyskokowego rozczynu kw. pikrynowego: wypadają kryształki igiełkowate, żółto zabarwione. Odczyn ten ma być swoistym dla nasienia, nie dają go wyciągi z innych narządów człowieka, podobnie ujemnie wypada wobec nasienia zwierząt domowych i pracownianych. Autor otrzymał wynik dodatni nawet przy braku plemników w nasieniu, z wyjątkiem kilku przypadków. Na podstawie własnych badań przypuszcza, że odczyn ten wywołuje wydzielina gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych. *Bujak.*

A. Ascarelli. **Studya histologiczne i doświadczenia bakteryologiczne w sprawie tłuszczowosku.** (*Vierteljahrschr. f. ger. Med.* T. XXXII). Znamienną cechą przemiany tłuszczowoskowej jest tworzenie się substancyi, która daje chemiczne odczyny tłuszczu i wypełnia miejsca tkanki, zniszczonej przez gnicie. Dzięki oporności włókien klejodajnych i sprężystych budowa anatomiczna narządów nie ulega przytem zmianie, ginie jednak w znacznym stopniu zdolność przyjmowania barwików. Zmydlenie odbywa się w obecności drobnoustrojów, podobnych do tych, jakie napotyka się przy zwykłym rozkładzie gnilnym zwłok. Przemiana tłuszczowoskowa postępuje od powierzchni w głąb: najłatwiej ulega jej nabłonek, najtrudniej tk. łączna i chrząstka. Substancya zmydlona pochodzi najprawdopodobniej z tłuszczu, zawartego w zwłokach i z ciał białkowatych. *Bujak.*

Higiena.

Mayer. **Nowsze spostrzeżenia nad szerzeniem się i tłumieniem moru w Indyach.** (*Hyg. Runds.* 1906, Nr 24). Mimo środków, stosowanych przez rząd angielski, nie opada w Indyach śmiertelność moru, lecz raczej się wzmaga: w r. 1903 zmarło na nią 800.000, w latach 1904 i 5 po milionie ludności, w pierwszych 4 miesiącach 1906 170.000. M., zbadawszy rzecz na miejscu, widzi przyczynę szerzenia się choroby w ubóstwie szerokich mas ludności, przepełnieniu mieszkańcami budynków koszarowych, brudzie i nieustannych wędrówkach ludności tubylczej, oraz w nieprzepartem jej uprzedzeniu do lekarzy i szpitali, (ukrywanie się wielu chorych). Obok bezpośredniego przenoszenia się moru z człowieka na człowieka, w szerzeniu jej wybitną rolę odgrywają szczury z gatunku *mus rattus*, trzymającego się mieszkań ludzkich (strychów i piwnic). Obecności tego

gatunku przypisuje się w Indyach szerzenie się choroby, a budowa zdrowych i widnych mieszkań wypędza ten gatunek szczurów i tem samem i chorobę. Obok innych czynników pośredniczą w szerzeniu się dżumy pośród szczurów najprawdopodobniej najwięcej pchły, co potwierdzają i nowsze doświadczenia i spostrzeżenia. Wysmarowanie ścian i podłogi mieszkań zakażonych pozostałością otrzymaną przy rafineryi nafty lepiej chroni według lekarzy indyjskich od dżumy przez zabicie pcheł, aniżeli odkażenie sublimatem i kwasem karbolowym. Zdaniem tychże lekarzy mieszkania ciemne i brudne zakaźność swą czerpią z zamieszkującego je mnóstwa pcheł, pochodzących w znacznej mierze z chorych szczurów; szczury zaś tępić należy głównie ze względu na pchły. Tępienie szczurów przeprowadza się w Indyach znacznym kosztem drogą premiowania. Również i szczepienia ochronne (zapomocą zabitych hodowli) z premią pieniężną dla poddających się szczepieniu wprowadził rząd indyjski, jednak na małą stosunkowo skalę. Szczepienia te, dokonane na 200.000 osób, zmniejszyły chorobliwość oraz śmiertelność wśród szczepionych do połowy, nawet $^1/_3$ ogólnej śmiertelności. Szczepienia ochronne surowicą stosuje się jedynie na okrętach i w portach w razie poszczególnych przypadków choroby. Lecznicze stosowanie (paryskiej) surowicy przeciwdżumowej zachwala wbrew niekorzystnej opinii reszty lekarzy szpitalnych Chosky, wstrzykując w ciągu 2—3 pierwszych dni 270—370 ctm.^{3} z wynikiem dobrym w przypadkach świeżych. *L. Bier.*

Hilgermann. **O wartości filtrów piaskowych i nowszych sposobów szybszego filtrowania wody rzecznej dla celów zaopatrywania w wodę.** (*Viertelj. f. ger. Med. und öff. San.* 1906, Z. 4). Autor dochodzi do wniosku, że powolne filtrowanie przez piasek jest sposobem bez zarzutu i powinno być zastosowane wszędzie, gdzie chodzi o pewne i zupełne uwolnienie wody od bakteryi; gdzie zaś zależy na tem, aby wodę pozbawić domieszek barwnych lub gliniastych zmąceń, tam zasługuje na pierwszeństwo klarowanie sposobem chemicznym. Klarowanie chemiczne nie wymaga jednak wcale połączenia z amerykańskim sposobem szybkiego filtrowania; przeciwnie można go użyć także i przed filtrowaniem powolnem. Wybór systemu filtrów zależy zresztą od warunków miejscowych; gdzie jest dość miejsca na filtry piaskowe, działające powolnie, tam powinny one być zakładane, jako pracujące pewniej i dostarczające wody pod względem higienicznym nienagannej; gdzie jednak na nie niema miejsca, tam można założyć filtry pospieszne, pod tym jednakże warunkiem, aby nimi kierował zawodowo wykształcony higienista, umiejący przewidzieć wszelkie braki i odpowiednio im zaradzić. *R.*

Pfuhl i Wintgen. **Wydęcie puszek z konserwami mięsnemi, wywołane nie przez bakterye.** (*Zeitschrift f. Hygiene*, 52). Wydęcie puszek, zawierających konserwy mięsne, nie jest zawsze tak pewnym dowodem ich zepsucia, za jakie uchodzi. Wywołać je mogą nietylko bakterye, ale i procesy chemiczne, jak dowodzi spostrzeżenie autorów, odnoszące się do puszek z blachy żelaznej, pobielanej galwanicznie cienką warstwą cyny. Zawarty w puszkach gaz składał się z czystego wodoru z przymieszką powietrza, treść puszek jałowa o prawidłowych własnościach zewnętrznych miała jedynie metaliczny smak i zapach; ciemniejący na powietrzu nalot białawy, osiadły na bocznych ścianach puszek, zawierał obok śladów cyny tlenek żelazowy i kwas fosforowy. — Wydęcie puszek tłómaczą autorowie działaniem słabo kwaśnego (kwas mleczny) soku konserw mięsnych na blachę żelazną, niedostatecznie pokrytą cyną — stąd wodór — i oddziaływaniem soli kwasu fosforowego na żelazo — stąd nierozpuszczalny fosforan żelaza. *L. Bier.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 6. marca 1907.

Przewodniczący prezes prof. Rosner. Obecnych członków 52.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

2) Kol. prezes poświęcił wspomnienie pośmiertne ś. p. drowi Krajewskiemu i zawiadomił, iż uprosił kol. Kadera, aby na pogrzebie reprezentował Towarzystwo. Obecni uczcili pamięć ś. p. Krajewskiego przez powstanie.

3) Prezes zawiadomił o uchwale komitetu, aby z lokalu Towarzystwa w każdy wtorek od godz. 9 wieczór mogły korzystać rodziny członków. — Przyjęto do wiadomości.

4) Przyjęto na członków kol. Murczyńskiego i Pawlicę.

5) Kol. prym. Borzęcki zabiera głos w sprawie protokółu z przedostatniego posiedzenia, dotyczącego dyskusyi nad jego odczytem.

6) Kol. prof. Kader przedstawił 7 przypadków z kliniki chirurgicznej:

a) A. F., l. 31. męż. **Staw wrzekomy** (*pseudoarthrosis*) **wskutek złamania szyjki uda** na 3 miesiące przed przybyciem do kliniki. Przy każdem stąpnięciu na kończynę chorą obsuwa się miednica wzdłuż trzonu uda, przyczem ból w okolicy stawu; utrzymanie równowagi możebne tylko przy bardzo silnem napięciu mięśni miednicowych i udowych. K. odsłonił cięciem Langenbecka, położonem bardziej ku tyłowi, krętarz wielki, szyjkę i górny brzeg panewki; w maksymalnym wyciągu ku dołowi wbił przez krętarz i szyjkę aż do odłamanej główki 2 grube gwoździe z kości słoniowej i utworzył tuż ponad krętarzem palisadę zwróconą ku dołowi z wbitych w górny brzeg panewki takich samych gwoździ. 6-tygodniowy wyciąg, potem na 3 miesiące gipsowy **opatrunek Dollingera** z modyfikacyą Kadera, polegającą na utworzeniu strzemienia z desek. Jest to próba leczenia (stawu rzekomego) po złamaniach szyjki uda. K. operował tym sposobem d. 22. VI. 1904. R. S., l. 46 kob., (Nr. dziennika 149), która wskutek wakacyjnego zamknięcia kliniki niestety nie mogła pozostać w dalszem leczeniu klinicznem, a po wakacyach wróciła na klinikę bez opatrunku gipsowego. Wynik o tyle pomyślny, że przesuwalność uda ku górze znacznie się zmniejszyła i bole w znacznej mierze ustąpiły.

b) Z. O. l. 18, męż., **Zapalenie gruźlicze stawu biodrowego** prawego, **wygojenie** w bardzo znacznem przywiedzeniu i zgięciu **ze zwichnięciem główki** ku górze i na zewnątrz i **zupełnem unieruchomieniem** stawu. Chory nie może wcale chodzić z powodu skrzyżowania nóg. Leczenie: **osteotomia** podkrętarzowa wysoka, **wyciąg** w odwiedzeniu (abdukcyi) przez 6 tygodni, potem **opatrunek Dollingera** na 4 do 5 miesięcy. Położenie kończyny obecnie dobre. Jest to może jedyny sposób leczenia wymienionych następstw gruźlicy stawu biodrowego. Jak w pierwszym, tak i w drugim przypadku o tyle znaczne podwyższenie podeszwy buta nogi zdrowej, ażeby kończyna chora w stałem zawieszeniu w strzemieniu była odwiedziona (w abdukcyi) przez opuszczenie miednicy ku stronie chorej. Po zdjęciu gipsu chory będzie musiał przez czas dłuższy chodzić w lekkim przyrządzie Hessingowskim.

c) K. O. l. 53, męż. **Złamanie obu kostek** goleni; zrośnięcie **z wytworzeniem stopy wybitnie koślawej. Osteotomia supramalleolaris** z wycięciem klina z piszczeli, liniowa kości strzałkowej. Ustalenie w gipsie w położeniu nadnormalnem (hypercorrectio). Wynik b. dobry.

d) R. Z. l. 31, męż. **Złamanie goleni z następowem zapaleniem szpiku** kostnego i kilkakrotnem wydalaniem martwaków. Zgłosił się do kliniki z golenią łukowato ku przodowi wygiętą i **stopą końską** znacznego stopnia. Leczenie: przedłużenie operacyjne ścięgna Achillesa i przecięcia kości piszczelowej i strzałkowej z wycięciem klina z piszczeli. Ustalenie. Wynik dobry.

e) Dziewczyna l. 16. **Kostny zrost stawu kolanowego** pod ostrym kątem wskutek przebytego w dzieciństwie zapalenia szpiku kostnego nasady uda. Dla wyprostowania kończyny wskazane jest wycięcie klina z kości kolanowych od przodu i wyprostowanie. Należy przy wyprostowaniu unikać rozerwania naczyń podkolanowych.

f) M. P., l. 12. męż.; przypadek, operowany w sposób powyższy przy wskazaniach podobnych przez będącego obecnie na urlopie dra Majewskiego. Wynik dobry: kończyna wyprostowana, spojenie kostne mocne w miejscu operacyi.

g) 4-miesięczne dziecko W. W., po operacyjnem usunięciu **przepukliny oponowej** (*meningocele occipitalis*). K. okazuje łóżeczko gipsowe, na którem dziecko leżało przez dwa tygodnie grzbietem do góry w stałem zawieszeniu, aż do zagojenia rany. Ułożenie to stosuje Kader dla uniknięcia zakażenia, które może powstać bardzo łatwo przy położeniu na plecach.

h) **przyrząd przenośny do podnoszenia ciężko chorych.** Przyrząd ten przesuwalny na kółkach i stojący mocno na podłodze, może być ustawiony nad każdem łóżkiem. Trzy obręcze, otwierające się i zamykające łatwo obejmują

chorego tuż poniżej pach, pod miednicą i pod goleniami; głowa spoczywa na poduszce powietrznej. Obręcze i poduszka są przyczepione zapomocą haków do pasów, przymocowanych do drąga. Drąg obraca się dokoła swej osi zapomocą korby krzyżowej, przyczem pasy, nawijając się na niego, unoszą obręcze wraz z chorym. Odległość poszczególnych obręczy i poduszki może być dowolnie zmieniana przez przesuwanie przyczepów pasów do drąga. Koło zębate i zatrzask przy korbie umożliwiają ustawienie automatyczne na dowolnej wysokości. Przyrząd działa zupełnie pewnie i jest ogromnem udogodnieniem, zwłaszcza przy zmianach opatrunków na ranach lędźwiowych i tylnej powierzchni ciała, przy przesłaniu i zmianie łóżka i t. d.

W dyskusyi zabierał głos kol. prym. Bogdanik.

7) Dr Bier wygłosił rzecz: **O zafałszowaniach kawy i herbaty, napotykanych w Galicyi** (z licznemi demonstracyami).

8) W dyskusyi nad wykładem prof. Ciechanowskiego **O szpitalnictwie galicyjskiem** przemawiali prym. Bogdanik, dr Karpiński, M. Godlewski, dyr. Ponikło, prof. Rosner i prelegent, poczem na wniosek prof. Łazarskiego dalszą dyskusyę odłożono. Sekretarz: *Owsiński.*

Posiedzenie w dniu 13. marca 1907.

Przewodniczy prezes kol. prof. Rosner. Obecnych członków 68.

Prezes wita prof. Bylickiego, przewodniczącego Komitetu gospodarczego X. Zjazdu lek. i przyr. polskich ze Lwowa, który następnie przemówił w sprawach Zjazdu.

1) Kol. Zaremba przedstawił preparat ciąży jajowodowej.

2) Kol. Friedman przedstawił uzyskany operacyjnie płód z przepukliną oponową i innemi zboczeniami rozwojowemi.

3) Prof. Bylicki wygłosił rzecz: **O bolach ciążowych** (ogłoszona w »Przegl. lek.«).

W dyskusyi przemawiali prof. Rosner, Jaworski, Wachholz, Wojciechowski i prelegent.

4) Kol. J. Landau przedstawił wnioski sekcyi higieny niemowląt, które następnie odesłano do Komitetu Towarzystwa.

Sekretarz: *Owsiński.*

Posiedzenie w d. 20. marca 1907.

Przewodniczy kol. prof. Rosner. Obecnych członków 32.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. prof. Kader przedstawia następujące przypadki z kliniki chirurgicznej:

a) W. M. l. 38, mężczyzna. Był leczony przez dłuższy czas za kilku nawrotami jako chory na zapalenie wyrostka robaczkowego. W klinice rozpoznano **nowotwór kątnicy.** Przy operacyi dnia 28. II. 1907 (w znieczuleniu lędźwiowem) **usunięto** kątnicę, część okrężnicy wstępującej, znaczną część jelita cienkiego, **ogółem 275 ctm. jelit.** W gruczołach chłonnych krezki liczne przerzuty, niektóre z nich wielkości jaja kurzego. Makroskopowo usunięto wszystko schorzałe (demonstracya preparatu). Jelito cienkie połączono bocznie z okrężnicą poprzeczną. Końce jelit przeciętych wgłobiono i zaszyto na ślepo. K. podnosi zalety znieczulenia lędźwiowego zapomocą tropakokainy, zwłaszcza w przypadkach, podobnych do przedstawionego. Przedewszystkiem nie wpływa ono ujemnie na serce i nerki, przebiega bez żadnych przerw i powikłań, jakie się zdarzają przy uśpieniu chloroformowem lub eterowem, jakoto: wymioty, niespokojne zachowanie się w okresie podniecenia, zachłyśnięcia się, zapady, przerwy w działaniu itd. Wadą metody jest ograniczony czas działania. K. w razie potrzeby powtarza w czasie operacyi wstrzyknięcie, używając za drugim razem $^1/_2$ do $^3/_4$ poprzedniej dawki. Ograniczony czas działania posiada jednak i dobre strony: zmusza operatora do postępowania szybszego i bardziej obmyślanego, niż przy uśpieniu ogólnem. Po resekcyach jelit stosuje K. zawsze boczną enteroanastomozę i zaszycie wgłobionych końców jelit na ślepo. Wyższość tego postępowania widzi K. w możności wytworzenia między jelitami połączonemi otworu dowolnie wielkiego, conajmniej większego, niż to jest możliwe w najlepszym razie przy którymkolwiek ze sposobów osiowych. Oprócz tego operuje się na jelicie zupełnie zdrowem, którego krezka żadnym zaburzeniom krążenia nie ulega, jak to zawsze dzieje się przy metodach osiowych. W piśmiennictwie znajdują się tylko nieliczne przypadki wycięcia z powodzeniem tak znacznej części jelita [1]). Największy kawał jelita wyciął, o ile K. z dostępnego mu piśmiennictwa mógł się przekonać, Obaliński, mianowicie 365 ctm.; chory zmarł w 22 godzin po operacyi [2]). Trzebicky na podstawie swoich doświadczeń uznaje za dopuszczalne u psa wycięcie bez bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia połowy długości jelita. Wycięcie $^2/_3$ kończy się zawsze śmiertelnie [3]). Długość jelita cienkiego wynosi u człowieka, jak to podają Staniszewski, Samson-Himmel-Stierna, Taraniecki i inni, od $5^1/_2$ do $9^1/_2$ metrów. Najdłuższe jelita posiadają rosyjscy robotnicy i włościanie. Wyniki pracy Trzebickiego nie są wprawdzie rozstrzygające dla ludzi — jak to sam autor zaznacza, — posiadamy jednak w piśmiennictwie wzmianki o wycięciu równie długich odcinków jelita z wynikiem pomyślnym. K. wyciął w jednym przypadku przepukliny uwięźniętej 215 ctm. jelita cienkiego; operowany wyzdrowiał. Obydwaj chorzy odznaczają się silnie wzmożonym apetytem, jedzą bardzo dużo i często. Chorego ostatniego przyjmuje klinika chorób wewnętrznych dla badań nad przemianą materyi. O ile się zdaje, jest w takich przypadkach znamienną występująca wkrótce po operacyi biegunka, która jednak na chorych wyniszczającego wpływu nie wywiera.

b) **Kątnica i wyrostek robaczkowy, wycięte** wraz z małymi odcinkami jelita cienkiego i okrężnicy wstępującej. Wyrostek robaczkowy, zamieniony w torbiel wielkości dużej śliwki, zawiera treść ropną; znaczne zgrubienie ścian jelita ślepego. Chory M. S., lat 36, zmarł w dobę po zabiegu operacyjnym, polegającym na usunięciu wyżej wymienionych części jelita i złączeniu jelit pozostałych w sposób, opisany w pierwszym przypadku. Przypadek klinicznie przedstawiał się jako gruźlica jelita i dlatego obrano ten sposób postępowania. Śmierć nastąpiła wskutek krwawienia, o ile się zdaje, miąższowego, z obnażonych mięśni miednicy. Podwiązki, okłucie i tamponada zarówno w czasie operacyi, jak i przy ponownem otwarciu jamy brzusznej wobec krwawienia, miały tylko chwilowy skutek. Wszystkie po utracie krwi stosowane sposoby: wstrzykiwanie rozczynu soli kuchennej, autotransfuzya, środki podniecające, nie zdołały chorego uratować (krwawiączka?).

c) **4 pęcherzyki żółciowe, wycięte z powodu kamicy** w ciągu ostatniego miesiąca. W jednym przypadku (chora E. R. l. 26) było jednocześnie znaczne zapalne zgrubienie ścian pęcherzyka z licznymi małymi ropniami w ścianie i zrosty z siecią i jelitami (w ropie wykryto paciorkowce); w pęcherzyku obok kamieni znaczna ilość zupełnie przeźroczystego bezbarwnego płynu (*hydrops*). Chora zmarła w 5 dni po operacyi z wyniszczenia wskutek ciągłych wymiotów, przy zupełnie zresztą aseptycznym przebiegu. W drugim przypadku (R. G., l. 36, kobieta) stwierdzono przy operacyi raka pęcherzyka żółciowego i przerzuty w wątrobie i trzustce. Woreczek, wypełniony znaczną ilością kamieni i bardzo napięty, usunięto wraz z przylegającą warstwą miąższu wątroby. Przypadek trzeci, M. H., l. 52, kob., powikłany przewlekłem zapaleniem wyrostka robaczkowego, który wycięto, i zrostami pomiędzy jelitem esowatem i macicą, usuniętą przy operacyi; czwarty, M. G., lat 36, kob., podniesioną ciepłotą. Trzej ostatni chorzy dobrze znieśli zabieg operacyjny. W żadnym z tych przypadków nie było żółtaczki; tylko w przypadku powikłanym rakiem była już rok temu rozpoznana kamica żółciowa. K. zwraca uwagę na stosunkowo częste powstawanie raków pęcherzyka przy kamicy żółciowej i na inne powikłania, przedewszystkiem zapalenie przewodów żółciowych i zapalenie około-pęcherzykowe, zapalenie ropne otrzewnej, wychodzące z woreczka żółciowego. Większa część chorych takich jest stracona. Ilość ich wynosi około 20% ogólnej ilości chorych na kamicę żółciową. Wzgląd ten przemawia za operowaniem chorych na kamicę żółciową wcześniej i częściej, niż to zwykle się dzieje. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi zabierał głos prym. Bogdanik i prelegent.

3) Kol. M. Godlewski odczytuje pracę p. t.: **Zjawisko fizycznego zmęczenia w świetle współczesnych teoretycznych pojęć oraz klinicznych spostrzeżeń.** Treść jej jest następująca: Dzisiejszy pogląd na sprawę zmęczenia stoi w ścisłym związku z nowszymi poglądami biologów na zjawisko oddychania. Według tych poglądów zadanie tlenu nie kończy się jedynie na roli jego, jako źródła energii. Dzisiaj, idąc za poglądami Drischa, przypisujemy pierwiastkowi temu wybitną rolę w sprawie ochrony ustroju przed samozatruciem. Ze zjawiskiem życia nierozłączne jest powstawanie trucizn, które przez utlenienie niszczone bywają. Gdy tlenu braknie lub gdy ilość jego nie odpowiada ilości wytwarzanych w nadmiernej ilości (np. przy nadmiernej fizycznej pracy) trucizn, następuje samozatrucie ustroju.

[1]) Payr: Langenbecks Archiv. T. 67, p. 181 (rok 1902) podaje tylko 12 przypadków.

[2]) Langenb. Arch. T. 48, str. 16, przyp. 32.

[3]) Langenb. Arch. T. 48, str. 54.

Na tem, a nie, jak dawniej sądzono, na zatruciu bezwodnikiem kwasu węglowego, polega uduszenie (Winterstein). Zmęczenie jest tylko łagodniejszą postacią uduszenia, zjawiska te różnią się tedy między sobą ilościowo, nie jakościowo (Winterstein). Co się tyczy natury owych trucizn, to doświadczenia, wykonane przez Weichardta, każą je zaliczać do rzędu toksyn. Autorowi temu powiodło się wyosobnić owe toksyny i wytworzyć przez wstrzykiwanie ich zwierzętom w surowicy tych zwierząt antytoksyny zmęczenia.

Kliniczną stroną zmęczenia zajmowano się najwięcej we Francyi. Prócz ostrej, — równie rzadkiej, jak niewątpliwej — postaci odróżniają francuscy autorowie t. zw. durowatą i rzekomogośćcową postać zmęczenia. Na obie te postacie należy się zapatrywać bardzo krytycznie. Chodzi tu najprawdopodobniej o pewne postacie duru brzusznego i gośćca stawowego. Istnieje natomiast niewątpliwie wśród klas, ciężko fizycznie pracujących, postać więcej przewlekła zmęczenia. Przebiega ona z reguły bezgorączkowo, cechują ją bole w mięśniach sforsowanych, ogólne osłabienie i często niedokrwistość. Postacie te ze względu na nieokreślone objawy często przyjmowane bywają za nerwice czynnościowe i nieraz błędnie leczone. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi, po przemówieniu kol. Rydla, zabrał głos kol. Poźniak: W praktyce kolejowej często można napotkać objawy zmęczenia. Chorzy zgłaszając się, skarżą się na objawy gośćcowe, czasem mówią wprost o zmęczeniu, które bez żadnego leczenia po kilku dniach wypoczynku ustępuje. W tym roku w czasie silnie wzmożonego ruchu kolejowego podczas mrozów, zgłosił się n. p. funkcyonaryusz kolejowy, zupełnie zresztą zdrów, podając, że po kilkunastogodzinnej pracy obecnie nie może utrzymać moczu; po kilkudniowym odpoczynku objaw ten ustąpił bez żadnego leczenia.

Kol. Flis: Równocześnie ze zmęczeniem fizycznem trzeba uwzględnić zmęczenie psychiczne, przy którem prócz objawów zmęczenia, jak wyczerpania się pamięci, senności, występują bole mięśni, zwłaszcza barkowych, klatki piersiowej, dolnej części mostka. Chorzy, których kol. Flis wielu spotykał w sferach młodzieży akademickiej zwłaszcza w czasie egzaminów, po kilkudniowym wypoczynku wracali do sił. Przyjęcie pojęcia zmęczenia fizycznego, jako osobnej postaci klinicznej, jest nieco obosieczne, może bowiem maskować pewne przewlekłe o powolnym początku choroby, jak n. p. gruźlicę. Dlatego z tej kategoryi wyłączyłby kol. Flis wszystkie te przypadki, w których ciepłota jest podniesiona.

Kol. prof. Ciechanowski prosi prelegenta, by ogłaszając swój wykład drukiem, rozebrał w nim szczegółowiej sprawę t. zw. eparsalgii.

4) Przystąpiono do dyskusyi nad odczytem kol. Ciechanowskiego: **„O szpitalnictwie“**. Na wniosek kol. Rosnera i Ciechanowskiego uchwalono wybrać komisyę, która ma jeszcze raz sprawę rozpatrzyć i następnie sformułowane wnioski przedstawić Towarzystwu lekarskiemu do zatwierdzenia. W skład komisyi weszli koledzy: 1) Ciechanowski, 2) Godlewski, 3) Łazarski, 4) Murczyński, 5) Piotrowski. 6) Ponikło, 7) Wachtel.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe w d. 12. kwietnia 1907.

1) Dr Bocheński przedstawił dwie chore z kliniki ginekologicznej. U jednej z nich przed 3 laty wykonano **wyłuszczenie macicy** wraz z przydatkami **sposobem Wertheima, z powodu raka** szyi macicznej. U drugiej wycięto przed rokiem **srom i łechtaczkę z powodu raka** łechtaczki. U obu pojawiają się wprawdzie obecnie objawy nawrotów złośliwej sprawy w zakresie gruczołów chłonnych, jak jednak podnosi w dyskusyi prof. Mars, nie jest rzeczą obojętną osobę, znajdującą się, jak te chore w swoim czasie, w stanie wprost opłakanym, uwolnić od ciężkich dolegliwości na tak długi okres czasu.

2) R. dw. prof. Rydygier przedstawił ze swej kliniki 3 przypadki: a) chorą ze **zwężeniem przełyku** (wskutek wypicia ługu żrącego), u której ani od góry ani od strony żołądka nie udaje się przełyku rozszerzyć tak, że chorą na razie karmi się przez sztuczną przetokę żołądkową, a w przyszłości ma prelegent zamiar sporządzić jej sztuczny przełyk z kawałka jelita (*jejunum*), jak to w ostatnich czasach podaje Roux; b) chorego, który wskutek wypadku doznał **oderwania mięśnia naramiennego;** c) chorego, który doznał **oderwania obu mm. czworogłowych.** Mięśnie te, w obu przypadkach przyszyte w odpowiedni sposób, działają obecnie zadowalniająco.

3) Prof. Ziembicki okazuje **nerkę z guzem nowotworowym**, z przypadku, gdzie rozpoznanie trafiało na trudności, a zdjęcie zapomocą promieni Roentgena zdawało się przemawiać za kamicą.

4) Dr. A. Rydygier zdał sprawę z obrad zjazdu chirurgów w Berlinie. *W. Ziembicki.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 15. stycznia 1907 r.

Sławiński wypowiedział rzecz p. t. **„W sprawie leczenia przepuklin“**. We wskazaniach co do leczenia przepuklin pachwinowych wolnych panuje u nas dotychczas pewna szablonowość, wynikająca po części z nieznajomości wyników, przez chirurgię osiągniętych, po części zaś z przekonania ogółu o nieszkodliwości przepuklin. Większość uważa noszenie paska za zupełnie wystarczający i nawet jedyny środek leczniczy. Robotnicy nieraz umyślnie ukrywają swe kalectwo, aby w razie pogorszenia się cierpienia przy pracy zawodowej, żądać odszkodowania. Statystyki Tow. ubezpieczeń w różnych krajach wykazują z roku na rok znakomny przyrost podobnych spraw, a różne prawodawstwa różnie się na stopień odszkodowania przez pracodawcę zapatrują.

Przepukliny zdarzają się u nas nie mniej często, niż na zachodzie, lecz rzadziej są leczone operacyjnie, nadto zaś chorzy przeważnie nie noszą paska przepuklinowego dla niedokładności oraz kłopotu, jaki sprawia. Nowsze spostrzeżenia dowodzą, że na wyleczenie przez pasek liczyć można jedynie u dzieci i to wtedy, jeżeli przepuklina ginie w przeciągu kilku miesięcy. U dorosłych pasek przepuklinowy ani nie leczy, ani nie chroni od uwięźnienia. Leczenie doszczętne operacyjne daje ostatnimi czasy wyniki zdumiewające; odsetka śmiertelności nie dosięga 1 (co do przepuklin wolnych i uwięzłych razem).

Od rozciągnięcia operacyi doszczętnej na wszystkie przepukliny, jako ogólnego postępowania, powstrzymuje dotychczas, szczególniej u osób starszych, niebezpieczeństwo, związane z usypianiem ogólnem. Z tego właśnie względu opisuje prelegent szczegółowo sposób Cushinga, pozwalający ominąć to niebezpieczeństwo, a polegający na znieczulaniu miejscowem (0,5—1% roztworem kokainy) nerwów czuciowych okolicy pachwinowej. Sposób Cushinga przewyższa metodę Schleicha, zapewnia bowiem łatwe oryentowanie się w tkankach nie obrzękłych, oraz pozwala wyzyskać czynną pomoc chorego. Prelegent sądzi, że wobec tego sposobu mamy obowiązek wszystkim chorym na przepuklinę pachwinową doradzać doszczętną operacyę.

W dyskusyi zabiera głos L. Zembrzuski w sprawie t. zw. przepuklin urazowych oraz w związanej z nią sprawie utraty zdolności do pracy i odszkodowań. Z. dzieli przepukliny urazowe na powstałe wskutek bezpośredniego urazu brzucha i na tworzące się nagle wskutek nadmiernego wysiłku. Na te ostatnie zapatrywać się należy jedynie jako na jedną z faz rozwoju już istniejącej przepukliny, albo wrodzonego usposobienia (Bruchanlage). A zatem sam wypadek (wysiłek fizyczny) nie wyrokuje o utracie zdolności do pracy, istniała ona bowiem już przed wypadkiem. Wobec prawa, że pracodawca ma obowiązek odszkodować robotnika jedynie w razie nieszczęśliwego wypadku, dotknięty t. zw. przepukliną urazową nie powinienby rościć sobie pretensyi do odszkodowania. Wobec tego jednak, że robotnik, dotknięty przepukliną urazową bądź co bądź traci pewną wartość na rynku pracy, powinni znawcy w przypadkach takich uznawać prawo do odszkodowania. Operacye przepuklin u dzieci uważa Z. za zabieg wogóle trudny. W znacznym stopniu ułatwia pod tym względem zadanie operującemu sposób Anschütza, który stanowi połączenie sposobu Winkelmanna operowania wodniaka jądra z operacyą Bassiniego. — Stankiewicz W. zwraca uwagę, że leczenie przepuklin u dzieci zapomocą paska przedstawia liczne niedogodności i często zawodzi. Dziś większość chirurgów wykonywa operacyę doszczętną u dzieci z najlepszym wynikiem, a nawet u niemowląt w pierwszym roku życia. Mowca w ostatnim roku kilkakrotnie wykonał operacyę u dzieci w 2. roku życia z dobrym wynikiem. — Kryński sądzi, że oprócz przepuklin u dzieci od 3—5 roku życia wszystkie przypadki przepuklin nadają się do operacyi. Metoda Cushinga nie stanowi wybitnego postępu, jest ona bowiem jedynie odmianą metody Schleicha. — Krause operuje dzieci wcześnie, bo już w 2. roku życia; operacya jest wogóle łatwa. Co się tyczy osób starszych, to mowca operuje nawet w bardzo podeszłym wieku, jeżeli tylko niema przeciwwskazań ze strony serca lub płuc. Znieczulenie Schleicha nie jest, zdaniem K., wcale gorsze od metody Cushinga. —

Gabszewicz sądzi, że dzieci małych do lat 3—4 nie należy operować ze względu na trudność zachowania czystości. Wiek podeszły sam przez się przeciwwskazania nigdy nie stanowi, jeżeli tylko stan narządów wewnętrznych pozwala na uśpienie. — Borzymowski zwraca uwagę, że zalecana przez prelegenta metoda nie może zapewnić zupełnego znieczulenia, albowiem otrzewna nie może być w ten sposób znieczulona, jako nie unerwiona przez n. biodrowopachwinowy. — Kosobudzki oświadcza się za jaknajwcześniejszem operowaniem. Co się tyczy osób starszych, to K. sądzi, że znieczulenie miejscowe wcale nie zabezpiecza od powikłań płucnych, gdyż te powikłania często zależą od zatorów, a nie od usypiania. — Karczewski jest zwolennikiem operowania przepuklin, sądzi jednak, że przepukliny pępkowe u dzieci leczą się bardzo dobrze metodą plastrową. Oprócz nawrotów cierpienia trzeba mieć na względzie i niepomyślne następstwa pooperacyjne. K. przytacza przypadek, w którym przy operacyi przepukliny wszyto wyrostek robaczkowy w wewnętrzny kanał pachwinowy.

Posiedzenie kliniczne dnia 29. stycznia 1907.

1) Karwacki pokazał dwa preparaty drobnowidowe z osadu gruźliczego wysięku opłucnego. Oprócz limfocytów i krwinek zawierał osad liczne laseczniki gruźlicze. Wykrycie w znaczniejszej ilości **laseczników gruźliczych** w przypadkach **zapalenia opłucnej** należy do zdarzeń dość rzadkich. W danym przypadku oprócz laseczników gruźliczych kwasoodpornych znaleziono i laseczniki, nie posiadające tej własności. Zdaniem prelegenta odporność na kwasy powstaje u laseczników gruźliczych wskutek przystosowania się do warunków ustrojowych. Saprofityczne szczepy gruźlicze Karwackiego straciły zupełnie odporność na kwasy. Młode laseczniki gruźlicze bardzo często własność tę posiadają w słabym stopniu.

2) Kopczyński Stanisław przedstawił mózg chorej, która zmarła w szpitalu św. Ducha wśród objawów **padaczki Jacksona.** Chora ta była w Tow. przedstawiana przed kilku miesiącami po ostatniej trepanacyi (którą robiono kilka razy), a przypadek ten wywołał obszerną dyskusyę o pochodzeniu padaczki Jacksonowskiej wobec ujemnego wyniku badań kory mózgowej przy operacyi i długotrwałej poprawy stanu po operacyi. Sekcya stwierdziła obecnie, że pod korą mózgową na terytoryum zakrętu środkowego *(gyrus centralis Rolandi)* rósł glejak, wielkości jaja kurzego.

3) Zieliński Edward przedstawił wszystkie narządy wewnętrzne z przypadku **zupełnego odwrotnego ułożenia trzew**; stanowiły one jakby lustrzane odbicie narządów prawidłowych.

4) Kozerski przedstawił: *a)* **wyleczony zapomocą radu** przypadek **toczenia rumieniowego** *(lupus erythematosus)* nosa i twarzy; *b)* przypadek **toczenia** (*lupus vulgaris*) nosa, **wyleczony zapomocą promieni Röntgena**; *c)* przypadek mnogiego **pierwotnego barwikowego mięsaka** na rękach, stopach i goleni **wyleczony zapomocą promieni Röntgena.**

5) Karwacki wypowiedział rzecz p. t.: **„Teorye odporności w oświetleniu badań klinicznych“.** K. dochodzi do następujących wniosków: 1) Wyzdrowienie w znaczeniu klinicznem z cierpienia zakaźnego nie wymaga niezbędnie wygaśnięcia zarazków w chorym ustroju. 2) Bakteryologiczne własności humoralne stanowią etap, który poprzedza tylko okres mniej lub więcej długotrwałego współżycia (symbiozy) zarazka z ustrojem. 3) Unieszkodliwienie zarazka w okresie współżycia może zależeć albo od własności antyendotoksycznych cieczy, albo też od przyzwyczajenia się do jadów komórek ustrojowych.

W dyskusyi Rzętkowski zaznacza, że dotychczasowe badania odporności ustrojów wykonywano z surowicą tychże ustrojów. Tymczasem, ściśle biorąc, surowica jako taka w ustroju nie istnieje. Jest ona sztucznym wytworem, uzyskanym poza ustrojem. Badanie więc i oznaczanie siły bakteryobójczej czy antytoksycznej surowicy nie jest zgoła jednoznaczne z badaniem napięcia odporności ustroju. Może ona wykazywać wybitną siłę bakteryobójczą, chociaż ustrój, z którego ją otrzymano, wcale odpornym na dane zarazki nie będzie.

Posiedzenie kliniczne dnia 5. lutego 1907 r.

Leśniowski wygłosił rzecz p. t. **„O nowoczesnem operacyjnem leczeniu porażeń dziecięcych rdzeniowych“.** We wstępie prelegent dał krótki zarys obrazu klinicznego, oraz zmian anatomiczno-patologicznych w rdzeniu w przebiegu i w następstwie ostrego zapalenia przednich rogów substancyi szarej. Jeżeli porażenie danego stawu jest częściowe, a więc jeżeli są porażone tylko pojedyncze jednostki mięśniowe, lub pojedyncze grupy mięśni, wówczas uciekamy się do następujących zabiegów. Popierwsze do przeszczepiania ścięgien. Sposób dawniejszy polega na przywróceniu ruchomości częściowo porażonemu stawowi zapomocą przywrócenia czynności porażonym mięśniom. W tym celu jużto przecinamy całkowicie ścięgno mięśnia o drobnej czynności i zespalamy ze ścięgnem mięśnia o czynności o wiele ważniejszej — jest to całkowite przenoszenie czynności; jużto ocalałe mięśnie zużytkowywamy częściowo: środkowy koniec rozszczepionego ścięgna mięśnia ocalałego zszywamy ze ścięgnem mięśnia porażonego, jużto obwodowy koniec odszczepionego ścięgna mięśnia porażonego zszywamy ze ścięgnem mięśnia czynnego; jużto wreszcie środkowy koniec ścięgna mięśnia czynnego łączymy z obwodowym końcem ścięgna mięśnia porażonego. — Drugi sposób polega na przeszczepianiu brzuśca mięśnia ocalałego jużto w postaci bezpośredniego zespalania brzuśca mięśnia czynnego z sąsiadującym brzuścem mięśnia porażonego, jużto w postaci całkowitego przesiedlenia brzuśca mięśnia czynnego w celu nadania nowego kierunku ruchowi, przezeń wykonywanemu. — Trzecia metoda posługuje się zespalaniem nerwu mięśnia porażonego z nerwem czynnym. Jest to sposób, dotychczas wykonany zaledwie parę razy.

W dyskusyi zaznacza Borzymowski, że oprócz wymienionych przez prelegenta 3 sposobów przeszczepiania ścięgien można łączyć ze sobą ścięgna przez bezpośrednie zszywanie bocznych powierzchni bez ich nacinania. Krause opisuje spostrzegany przez siebie przypadek porażenia dziecięcego, gdzie zabiegi operacyjne w postaci przeszczepienia ścięgien pozostały zupełnie bez skutku. Skowroński podnosi, że w drugim okresie choroby nie stosuje się już elektryzacyi porażonych mięśni, lecz miesienie i ruchy bierne i czynne, co podnosi krążenie w porażonych mięśniach. Co się zaś tyczy stosowania przyrządów wahadłowych w okresie trzecim, t. j. przy zupełnym zaniku porażonych mięśni i skurczu ich antagonistów, to postępowanie to nie może zapewnić powodzenia, gdyż skurczonego mięśnia przyrządy te nie rozciągną. Zembrzuski Ludwik, przytaczając niepomyślny wynik operacyi arthrodesis u swej 7-letniej chorej, podaje zdanie Kirmissona, który przestrzega przed wykonywaniem tego zabiegu u osobników młodszych, niż 10—11 lat, gdyż tutaj tkanka chrząstkowa łatwo się odradza i wywołuje częste nawroty.

Posiedzenie kliniczne dnia 19. lutego r. b.

1) Karwacki Leon wygłosił rzecz **„O wartości laktobacyliny“.** Obecny ruch w sprawie mleka wywołany został przez odkrycie przez Miecznikowa prątka bułgarskiego, który przewyższa nadzwyczajnie własnością kwasotwórczą wszelkie inne znane gatunki bakteryi mlecznych. Wszystkie prace naukowe dotyczą wyłącznie mleka bułgarskiego. W praktyce jednak sam Miecznikow wspomina, że dobrze jest kojarzyć prątki bułgarskie z pewną ilością innych bakteryi mlecznych, gdyż to poprawia smak mleka. Tym wymaganiom odpowiadają zaczyny Karwackiego, które obok prątków bułgarskich zawierają prątki kwasu mlecznego zwykłe i ziarenkowce kwasotwórcze.

2) Kozerski przedstawił chorą, **wyleczoną zapomocą radu z wilka rumieniowego** (*lupus erythematodes*).

3) Starkiewicz przedstawił chorego z **wrodzoną żółtaczką.**

4) Kopczyński Stanisław przedstawił przebieg kliniczny i szereg preparatów mikroskopowych mózgu i rdzenia z przypadku **porażenia typu Brown-Séquarda** pochodzenia urazowego. Następnie omówił prelegent szczegółowo przebieg pęczka Gowersa na podstawie własnych doświadczeń na małpach, rozpatrzył na schematach przebieg przypuszczalnych dróg bolowych i termicznych, które, zdaniem większości autorów, przebiegają w pęczkach Gowersa, wspomniał o pracach klinicznych Piltza w tym kierunku i zaznaczył, że przedstawione preparaty zdają się niewątpliwie przemawiać za odrębnością dróg bolowych i termicznych, a dotykowych. *Ign. L.*

Towarzystwo lekarskie Wileńskie.

Posiedzenie w dniu 25. marca 1907.

1) Prezes zawiadomił o śmierci dra Tobiasza Samsonowa, którego pamięć obecni uczcili przez powstanie.

2) Dr Czarkowski pokazał fotografię 78-letniego mężczyzny z **wrodzonym brakiem mostka**, na miejscu którego znajduje się podłużne zagłębienie, szerokie 6—7 ctm. pokryte tylko zaróżowioną skórą. Pod nią dobrze widać kurczenie się

serca. Zajmując się krawiectwem, dożył człowiek ten tak późnego wieku bez żadnych dolegliwości, ma dzieci i wnuki. Braku mostka nigdy nie zakrywał. Podobne zboczenia spostrzegali i opisali prof. Kosiński i dr Święcicki. W Wilnie dr J. Jundziłł widział z podobnym brakiem mężczyznę, który się pokazywał za opłatą, ale ten przykrywał brak deseczką.

3) Dr Dembowski przedstawił chorego z **rakowcem skóry twarzy** (*ulcus rodens*), **wyleczonym zapomocą promieni Röntgena**, oraz model gipsowy, zrobiony na początku choroby. U chorego były dwa rakowce, z których jeden znajdował się bliżej ucha na wyrostku jarzmowym, a drugi w zewnętrznym kącie prawego oka. Ten ostatni zniszczył część powiek. Leczenie trwało od grudnia z miesięczną przerwą z powodu wywołanego przez stosowanie promieni Röntgena znacznego podrażnienia skóry. Przy zwykłym sposobie leczenia wymagałaby choroba znacznej plastyki, czego prawie uniknięto obecnie, ponieważ na miejscu rakowca około ucha pozostała zdrowa, gładka blizna, zaś w zewnętrznym kącie oka niezbyt wielkie owrzodzenie, pokryte zdrową ziarniną. Owrzodzenie to będzie wymagało niewielkiej operacyi plastycznej, którą dr D. ma zamiar wykonać dopiero po upływie pół roku, gdy obawa nawrotu będzie wyłączona.

4) Dr Dembowski pokazał fotografię młodej panienki, u której oba policzki były pokryte **wypryskiem**, bezskutecznie leczonym w kraju i zagranicą w ciągu dwóch lat, a który zupełnie **wyleczono zapomocą promieni Röntgena**. (Muszę dodać od siebie, iż z fotografii, do tego starannie retuszowanej, trudno wnosić o rzeczywistym stanie skóry na twarzy chorej).

Dr Gerszun zaznacza, że w ostatnich czasach fizyczne sposoby leczenia różnego rodzaju wysypek, a zwłaszcza wyprysku, zyskują coraz bardziej prawo obywatelstwa i opowiada o kilku pomyślnych wynikach takiego leczenia z własnej praktyki. I tak, otrzymał znakomity wynik, lecząc świąd (*pruritus*) z wypryskiem zapomocą promieni błękitnych. Po kilku posiedzeniach świąd i wyprysk zupełnie zginęły na miejscach, gdzie promienie padały, a pozostały bez zmiany tam, gdzie promienie nie dochodziły.

5) Dr Dembowski zaleca **stosowanie prądów d'Arsonvala przy krwawnicach**, znajdujących się w stanie zapalnym. Już w czasie stosowania ból szybko znika i widać jak szyszka się kurczy. Na szyszki krwawnicze niezapalone prądy d'Arsonvala wcale nie działają, ponieważ nie są to, jak niektórzy mniemają, proste żylaki (*varices*), ale naczyniaki (*angiomata*).

Dr Świderski stosował prądy d'Arsonvala w 259 przypadkach krwawnic i również otrzymywał świetne wyniki. Znakomicie działa też, zdaniem mowcy, takie leczenie w niedowładzie jelit i przy szczelinach odbytu, czego jednak dr Dembowski nie potwierdza.

6) Dr Wirszubski pokazał chłopca z chorobą, którą określił jako **Spondylosis typhosa**. Chłopak zawsze był zdrów, kiły nie miał. W sierpniu zachorował na dur brzuszny, który trwał 4 tygodnie. W parę tygodni potem zaczął się uskarżać na bole w pasie, w prawym boku i w prawej stronie brzucha. Obecnie kręgosłup chorego jest wykrzywiony ku przodowi (*lordosis*) z nieznacznem skrzywieniem bocznem (*scoliosis*) w części lędźwiowej. Chory trzyma się sztywno, chodzi powoli, starając się nie poruszać kręgosłupa, z łatwością pochyla się w tył, przy nachylaniu się na przód i na bok nie zgina kręgosłupa. Gdy się chce podnieść z krzesła, lub położyć, czyni to również, oszczędzając kręgosłup i wykonując różne inne ruchy. W prawej nodze widoczne są pewien zanik i niedowład. W narządach wewnętrznych zmian niema. Prelegent utrzymuje, że rokowanie jakoby jest dobre i że choroba ustępuje przy stosowaniu okładów ogrzewających.

Dr Dembowski nie zgadza się z rozpoznaniem prelegenta, oświadczając, że u chorego po durze wytworzyło się w jednym z kręgów ognisko gruźlicze. Wyżej położone kręgi wskutek ciężaru i ucisku na chore miejsce sprawiają ból i zniewalają chorego do unieruchomienia kręgosłupa. Mowca popiera swoje zdanie doświadczeniem, mianowicie położywszy chorego na swoje kolana twarzą w dół tak, że ręce i nogi chorego się zwieszają, przez rozsunięcie swych kolan rozciąga kręgosłup chorego. Dość znaczny ból w tej chwili przy tym zabiegu ustał. Mowca radzi, nie tracąc czasu na okłady, niezwłocznie zastosować gorset gipsowy.

7) Odczyt dra Kowarskiego: **O krzywicy w Wilnie**, z powodu spóźnionej pory odłożono. *Dr Wład. Zahorski.*

Koło lekarskie polskie w Petersburgu.

Protokół posiedzenia rocznego dnia 23. I. (5. II.) 1907 r.

Obecnych członków 20, gości 2.

I. Posiedzenie zagaił prezes dr Strawiński powitaniem gościa, doc. Władysława Janowskiego i wspomnieniem pośmiertnem członków Koła ś. p. drów Kolesińskiego i Piekarskiego, których pamięć uczczono przez powstanie.

II. Protokół z posiedzenia listopadowego po odczytaniu przyjęto.

III. Docent Z. Orłowski wygłasza rzecz pod tytułem: **„W sprawie doświadczalnej miażdżycy tętnicy głównej u królików“.**

W dyskusyi stwierdza dr Sowiński tożsamość zmian, stwierdzonych przez prelegenta w tętnicy głównej królików, ze zmianami, spostrzeganemi przy zacieśniającem zapaleniu błony wewnętrznej naczyń u chorych na kiłę; okoliczność ta przemawia na korzyść poglądu prelegenta o toksycznem ich pochodzeniu. — Prof. W. Orłowski również upatruje toksyczne działanie stosowanych przez prelegenta środków; wzmożeniu parcia krwi, zgodnie z prelegentem, przypisuje tylko podrzędne znaczenie, ponieważ w doświadczeniach prelegenta, zwłaszcza z chlorkiem barowym, o długotrwałem podniesieniu się ciśnienia krwi, jak dowiódł mówca, nie może być mowy; w powstaniu miażdżycy tętnic u ludzi parcie krwi może przeciwnie odgrywać poważną rolę, zwłaszcza u osób z dziedzicznie upośledzonym układem naczyniowym; dla wyświetlenia patogenetycznego znaczenia wzmożonego parcia krwi u ludzi bardzo pożądane są badania na t. zw. rykszy, t. j. ludziach, używanych we wschodniej Azyi do dorożek zamiast koni, u których podobno po kilku latach powstaje zwykle przerost serca, a następnie jego osłabienie. — W odpowiedzi drowi Strawińskiemu zaznacza prelegent, że do doświadczeń używał królików młodych i że w piśmiennictwie spotkać można wzmiankę tylko o 2 doświadczeniach, dokonanych na psach, z wynikiem niepomyślnym; do tych doświadczeń, jako nielicznych, nie można przywiązywać znaczenia. W klinice prof. Fawickiego, w której nad sprawą miażdżycową pracują w dalszym ciągu, powiodło się drowi Weselkowowi wywołać u królika po dłuższem wstrzykiwaniu adonidyny wytworzenie się w tętnicy głównej kości o zwykłej budowie kości gąbczastych; u innych królików wyniki były ujemne, jakkolwiek Weselkow wykonał bardzo wiele doświadczeń. — Prof. W. Orłowski podkreśla również niestałość wyników doświadczeń; w swej nieukończonej jeszcze pracy z wstrzykiwaniem królikom adonidyny badał równocześnie stan tętnicy głównej; żadnych zmian, widzialnych gołem okiem, dotąd zauważyć nie mógł, jakkolwiek większa część doświadczeń trwała czas dłuższy, mianowicie około 2 miesięcy. — Dr Wierciński przypuszcza w przypadku dra Weselkowa możliwość nowotworu w tętnicy głównej. — W dyskusyi zabierali wreszcie głos prof. St. Zaleski i dr Uliński.

IV. Dr Sowiński odczytuje przysłaną przez dra Ebersa rzecz p. t. **„Kilka słów o polskim zakładzie hydropatycznym dra Ebersa na Lido pod Wenecyą“.** W dyskusyi prof. St. Zaleski podnosi sprawę polecania uzdrowisk ojczystych i obcokrajowych. Dr Wierciński, dr Wolański, prof. W. Orłowski i dr Strawiński wygłaszają zgodnie zdanie, że lekarz, polecając choremu wyjazd do tych lub innych wód, powinien przedewszystkiem mieć na względzie dobro chorego, a tylko wśród uzdrowisk jednakowej wartości dawać pierwszeństwo swojskim.

V. Na posiedzeniu administracyjnem przyjęto sprawozdanie roczne sekretarza Koła prof. W. Orłowskiego, które w streszczeniu brzmi, jak następuje:

»Ubiegły rok był pierwszym rokiem istnienia Koła, jako filii« Tow. Dobrocz. przy kośc. św. Katarzyny« (»Opieki lekarskiej«). W tym roku Koło liczyło na początku 133 członków, w ciągu roku umarło 3 (Kraszewski, Kamiński i Piekarski), nowych przystąpiło 9, obecnie więc liczy Koło 139 członków. Posiedzeń w r. z. było 8, z tych 1 roczne, 7 naukowo-administracyjnych, w tej liczbie jedno na cześć sekretarza Koła W. Orłowskiego wskutek powołania go na katedrę do Kazania. Średnio bywało na posiedzeniach członków 24, (w roku poprzednim 16). W obradach nad odczytami brało udział 19 członków, (w roku poprzednim 12). Odczytów wygłoszono 15, nie wygłoszono z zapowiedzianych odczytów wskutek różnych przyczyn 2 odczytów; (w roku 1905 było odczytów 11). Wszystkie odczyty mieli członkowie Koła, większość odczytów była objaśnioną demonstracyami preparatów i chorych. Ulegalizowanie »Związku

polskiego lek. i przyrodników w Petersb.« według ustawy, wypracowanej w 1905 i ostatecznie przyjętej na posiedzeniu 5. 16 stycznia 1906 r., nie powiodło się; w d. 19. XII (1. 1. 1907) osobna komisya rządowa odrzuciła ustawę, motywując odmowę nieuwzględnieniem w ustawie niektórych formalności. W rozpoczynającym się więc siódmym roku działalności Koło może istnieć li tylko jako filia Tow. Dobrocz. Miejmy jednak nadzieję, iż dziś, gdy naród polski wytężył siły twórcze na wszelkich polach pracy społecznej i naukowej, to niepowodzenie nie obniży naszych dążeń do stworzenia poważnego ogniska naukowego, które skupi wszystkich lekarzy Polaków, zamieszkałych w Petersburgu. Napotykane przeszkody niech wzniecą w nas nową energię i przyczynią się do tego, żeby dzisiejsza skromna »Opieka lekarska« przekazała z czasem świetniejsze imię pożądanej przez nas instytucyi »Związkowi polsk. lek. i przyr. w Petersburgu«.

Dziś kończy się szósty rok istnienia naszego Koła, a zarazem piąty i ostatni rok mojej w niem pracy, jako sekretarza posiedzeń naukowych. Z przyjemnością stwierdzam, że zostawiam mojemu następcy dobrą spuściznę: przez 6 lat istnienia bowiem ruch w naszem Kole wciąż wzmagał się, potężniał, wdrażał do pracy coraz liczniejsze grono, tak, że już dzisiaj zapowiedziane są odczyty na wszystkie posiedzenia aż do lata. Ten nasz dorobek nie powinien ginąć bez śladu. Temu musimy zapobiedz przez ogłaszanie naszych protokołów, jak to czyniłem przez 5 lat mej pracy jako sekretarz. Ustępując wkrótce z Koła, uważam za niezbędne, żeby Koło regulaminem zobowiązało moich następców do drukowania protokołów. Sprawa ta zresztą tak leży mi na sercu, że mam zamiar wnieść to osobno do Zarządu, który ma być dziś obrany«.

VI. Dr Wierciński odczytuje sprawozdanie ze stanu kasy, z którego wynika, że 1. stycznia 1907 stan jej wynosi 1022 rb. 22 kop. Komisya rewizyjna stwierdza prawidłowość rachunków.

VII. Dr Ostrowski przedstawia sprawozdanie ze stanu biblioteki; oprócz polskich czasopism lekarskich, które otrzymywano, nabyto w ubiegłym roku do biblioteki 9 dzieł w 13 tomach.

VIII. Prof. St. Zaleski zdaje sprawę z rokowań, które prowadził po odmowie legalizacyi »Związku polskiego lek. i przyrodników w Petersb.«; na ich podstawie jest pewny, że uzupełniona ustawa »Związku« wkrótce zostanie zatwierdzoną.

IX. Wobec danych, przytoczonych przez prof. St. Zaleskiego, zebranie zatwierdza dodane i zmienione paragrafy ustawy i uchwala jednomyślnie odłożyć wybory zarządu Koła aż do zalegalizowania »Związku«. Przy jawnem głosowaniu prof. W. Orłowski wstrzymuje się od głosu; na życzenie zebrania zgadza się zatrzymać urząd sekretarza aż do swego wyjazdu.

X. Dr Strawiński odczytuje odezwę sekcyi higienicznej X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Na wniosek prof. W. Orłowskiego zaproszono prof. St. Zaleskiego na koreferenta tematu »Zaopatrywanie osad ludzkich we wodę (ze szczególnem uwzględnieniem miasteczek i wsi)«.

XI. W poczet członków Koła przyjęto dra Edwarda Jabłońskiego i Maryana Gimżewskiego. *Witold Orłowski.*

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

Sprawozdanie Rady Zdrowia za rok 1903 ukazało się pod koniec roku zeszłego. Wcześniej wydanego sprawozdania za oba lata poprzednie (1901 i 1902) razem, nie zdążył już omówić stały przedmiotu tego nasz sprawozdawca, nieodżałowanej pamięci Dr Gwiazdomorski, bo postępująca ciężka choroba wytrąciła Mu pióro z ręki. Podejmując je po Nim, pragnę zachować ciągłość wiadomości, podawanych w »Przeglądzie« według Sprawozdań Rady Zdrowia już od dłuższego lat szeregu i dlatego zestawię tutaj oba ostatnie, trzech lat dotyczące sprawozdania.

Nieobszerne ramy »Przeglądu« nie pozwalają, rzecz prosta, na to, aby dokładniej przedstawić ogromny materyał, zgromadzony przez Radę Zdrowia. Z konieczności trzeba się ograniczyć do najważniejszych tylko liczb i najogólniejszych danych, pomijając mnóstwo ciekawych szczegółów i dając rzecz, zaledwo zasługującą na nazwę »streszczenia«. Jeżeli jednak i taki sumaryczny tylko wyciąg, rzucając światło na braki sanitarne w Galicyi, na uczynione postępy i stosowane w tym celu środki, zdoła zachęcić tego lub owego czytelnika do uważnego przestudyowania Sprawozdania Rady Zdrowia w oryginale, to cel będzie osiągnięty.

Na uwagę każdego lekarza, którego choć cokolwiek obchodzi zdrowie ludności naszej, zasługują w równej mierze zawarte w Sprawozdaniach liczby statystyczne i ważne spostrzeżenia ze wszystkich dziedzin sanitarnych, jak i wysnute z nich cenne objaśnienia i wnioski co do postępowania w przyszłości. Odkładając na koniec, do omówienia wniosków Rady Zdrowia, ogólne merytoryczne uwagi o działalności czynników, powołanych do poprawy stosunków zdrowotnych i o osiąganych przez tę działalność skutkach, należy tu podkreślić ciągły postęp, zaznaczający się w Sprawozdaniach Rady Zdrowia pod względem, że tak powiem, formalnym. W każdym nowym roczniku nie trudno dostrzedz pieczę o coraz obfitszy, szczegółowszy i pewniejszy materyał sprawozdawczy. W miarę potrzeby dla wyłaniających się nowych spraw wstawiane bywają nowe ustępy w ramy przyjętego od pewnego czasu przejrzystego podziału treści. Podział ten bardzo znacznie ułatwia oryentacyę w Sprawozdaniach; a jeżeli w pewnych szczegółach trudność, jaką stanowi obmyślenie najpraktyczniejszego układu, nie ze wszystkiem jeszcze została przełamana, to jednak, sądząc z dotychczasowych ulepszeń, nie wątpię, że powiedzie się to w latach następnych. Mam tu na myśli np. z działu 7. B, ustępy lit. d — e (kolonie i korpusy wakacyjne dla uczniów), które łączą się ściśle z ustępem c) działu 6. (rozwój fizyczny młodzieży szkolnej), a jednak i w dziale 7. B pominięte być nie mogą; całą część II (szczepienie), któreby może dobrze było włączyć jako jeden z ustępów działu 9. (zwalczanie chorób zakaźnych) i t. p. Jednakże takie przekształcanie układu wymaga wielkiej ostrożności z tego już względu, aby nie narazić przez nie na szwank rzeczy daleko jeszcze ważniejszej, t. j. pewnej jednolitości w opracowaniu poszczególnych Sprawozdań, koniecznej dla wszelkich porównań różnych lat między sobą. Niechby już podział w tym lub innym szczególe nie był idealny, byleby takie porównania łatwo przeprowadzić można na zasadzie jednakowego w każdym roku ugrupowania i opracowania materyału. A pod tym względem zapisać trzeba w ostatnich rocznikach Sprawozdań znaczny znów postęp. Taksamo musi sobie zjednać uznanie coraz większa dbałość o to, aby czytelnik w samem Sprawozdaniu miał pod ręką dane porównawcze z lat poprzednich i nie potrzebował ich gdzieindziej szukać. Ciągłe doskonalenie się Sprawozdań pozwala ufać, że dalsze ich roczniki coraz więcej uwzględniać będą lata poprzednie pod jednym i drugim względem.

Natomiast za stratę uważać można usunięcie ze Sprawozdań dawniej uwzględnianego działu p. t. »Naturalny przyrost ludności«. W związku z tem, jak to już podniesiono w »Przeglądzie« w r. 1905, pożądane zdawałoby się wprowadzenie głównych danych statystycznych o ruchu emigracyjnym, których wagę oświetliły tak doskonale badania doc. Droby i Kucery, dotyczące epidemiologii nagminnego zapalenia opon. Wielką też wygodą byłoby, gdyby w Sprawozdaniach jako dodatek podano np. na początku lub na końcu zaludnienie poszczególnych powiatów i większych miast według obliczenia, przyjętego w danym roku za podstawę do przytaczanych w Sprawozdaniach liczb odsetkowych; taka statystyka zaludnienia nie zajęłaby zbyt wiele miejsca, a oszczędziłaby nieraz szukania jej w innych, zazwyczaj dość trudno dostępnych źródłach, lub żmudnego obliczania, zanim odpowiednie dane urzędowe ukażą się wogóle drukiem [1]). Z żalem też nie znajdujemy już w Sprawozdaniu Rady Zdrowia za r. 1903 dołączonych tablic statystycznych, które zawiera jeszcze Sprawozdanie za lata 1901/2. Niewiem, czy brak tablic jest w r. 1903 przypadkowy, czy też oznacza, że nadal dołączane nie będą. Szkodaby była wielka, gdyby cenny, w nich zawarty materyał, miał w przyszłości stać się niedostępnym.

Rychlejsze pojawianie się Sprawozdań należałoby oczywiście z radością powitać; niestety wobec olbrzymiego i coraz rosnącego materyału będzie to chyba najtrudniejsze z pożądanych jeszcze ulepszeń.

Przechodząc do poszczególnych rozdziałów Sprawozdania, omawiać będę każdy naraz za 3 lata.

[1]) Odnosi się to np. do publikacyi c. k. centralnej Komisyi statystycznej, w których można znaleźć zaludnienie, obliczone na dany rok sprawozdawczy, ale które ukazują się później, niż Sprawozdania Rady Zdrowia; tak np. statystykę sanitarną Austryi, z odpowiednią statystyką ludności, ogłoszono dotychczas dopiero za r. 1902.

I. Ruch ludności.

A. Małżeństwa.

W r. 1903 zawarto małżeństw 63.167, t. j. 8,6 ‰ ludności (według spisu z r. 1900). W dwóch poprzednich latach liczba małżeństw wynosiła 8,08 i 8,51 na tysiąc ludności, jak wogóle liczba ta w ostatniem piętnastoleciu trzyma się na jednym prawie poziomie. Równie stale liczba małżeństw przeważa we wschodniej części kraju, w powiatach ruskich, gdzie dochodzi nawet do 12,8 ‰, nad liczbą małżeństw wśród ludności polskiej w powiatach zachodnich, gdzie spada nawet do 6,3 (w pow. mieleckim) i 5,9 (w pow. gorlickim).

B. Urodzenia.

Ilość urodzonych w r. 1903 była niższa, niż w trzech ostatnich latach, wynosiła mianowicie 321,972, o 12,440 mniej niż w r. 1902, o 7,333 mniej niż w r. 1901, a 8,815 mniej niż w r. 1900. Na tysiąc ludności przypadało w r. 1903 urodzeń 43,8, w r. 1902 — 45,59, w r. 1901 — 44,8, a w r. 1900 — 45.2.

Liczba urodzeń była również wśród ludności ruskiej wyższa, niż wśród polskiej. Sprawozdanie za r. 1903 podaje szczegółową tablicę urodzeń we wszystkich powiatach Galicyi w ostatnich czterech latach i liczby średnie z czterolecia w stosunku do ludności każdego powiatu. W czteroleciu tem najwyższe średnie liczby: 53,9—51 ‰ znajdujemy w powiatach: rudeckim, gródeckim, mościckim, jaworowskim, cieszanowskim, drohobyckim; najniższe średnie liczby były w tem czteroleciu w mieście Krakowie 36,75, w powiecie nowotarskim 38,05, w mieście Lwowie 38,47 i w powiecie tarnowskim 39,80.

Nieślubnych dzieci było w r. 1903 — 4.26 ‰ ludności, a 9,7 % urodzonych. W r. 1902 przypadało dzieci nieślubnych 10,5 na sto urodzeń, a w r. 1901 — 11,0. Liczba ta wogóle w ostatniem pietnastoleciu stopniowo się zmniejsza; sprawozdanie przypisuje to stopniowemu zmniejszaniu się liczby małżeństw izraelickich rytualnych, których potomstwo zapisuje statystyka w liczbie dzieci nieślubnych. Najmniej dzieci nieślubnych rodzi się w podgórskich powiatach zachodniej Galicyi, najwięcej w miastach Krakowie i Lwowie, oraz w 4 sąsiadujących ze sobą powiatach północno-wschodnich (okolice Rawy i Sokala), oraz w 4 innych powiatach wschodnich, mających znaczny odsetek ludności izraelickiej.

Liczba nieżywo urodzonych ciągle się zmniejsza. W r. 1901 urodziło się nieżywo 2,2 %, w r. 1903 — 2,1 %, gdy w r. 1891 jeszcze 2,73 % dzieci. Co w tym względzie zdziałać może organizacya służby położniczej i łatwość pomocy umiejętnej przy porodzie, poucza zestawienie Dr Wursta z powiatu kałuskiego. W 10 gminach tego powiatu, położonych blizko siedziby akuszerki okręgowej, urodziło się w r. 1902 nieżywo średnio 0,9 % wszystkich noworodków, w 8 zaś gminach, oddalonych od pomocy położniczej — średnio 4,9 (od 3 — 10%). Niestety korzystanie z umiejętnej pomocy położniczej zależy nietylko od tego, czy ta pomoc jest łatwo dostępna, ale także od tego, czy ludność ma do niej zaufanie; pod tym względem nie wszędzie jest dobrze. Pomimo znacznego wzrostu liczby położnych, praktykujących w kraju, liczba porodów, odbytych przy ich pomocy w r. 1903 nietylko się w porównaniu z r. 1902 nie zwiększyła, ale nawet bezwzględnie spadła o 3076. W obu tych latach korzystała ludność z pomocy zawodowych położnych zaledwo przy 25,9 % wszystkich porodów. Sprawozdanie za r. 1903 podaje nader ciekawą tablicę z lat trzech, z której wynika, że tylko w 30 powiatach wzmaga się z roku na rok zaufanie do pomocy położniczej, natomiast w 10 powiatach zaufanie to zamiast wzrastać, stopniowo słabnie, a zresztą, wśród przeważnej części ludności, bo w czterdziestu kilku powiatach, choć nie słabnie, ale i nie wzrasta. Tem tłómaczyć sobie chyba należy, że i co do liczby nieżywo urodzonych polepszenie, aczkolwiek niewątpliwe, jest jednak niesłychanie powolne, skoro przez lat 12 wyniosło tylko 0,6 %.

C. Śmiertelność.

W stosunku do ludności, obliczonej na odpowiednie lata według średniego przyrostu w ostatniem dziesięcioleciu, zmarło w Galicyi w r. 1903 — 26,22 ‰, w r. 1902 — 28,14 ‰, w r. 1901 — 25,5 ‰. Rok 1901 był wyjątkowo korzystny; zaraz w roku następnym wzrosła śmiertelność z powodu znaczniejszego rozszerzenia się chorób zakaźnych, mącąc stopniowe zmniejszanie się śmiertelności, jakie można było spostrzegać od czasu wprowadzenia statystyki sanitarnej w całym kraju. Już jednak rok 1903 zaznaczył się powrotem do prawidłowego w tym względzie postępu, gdyż w tym roku była śmiertelność — pominąwszy wyjątkowy rok 1901 — najniższa od czasu wprowadzenia statystyki sanitarnej. Porównując średnią śmiertelność pięciolecia 1872 — 1876 z pięcioleciem 1896 — 1901, stwierdza się spadek śmiertelności z 41,02 na 37,2, czyli o 13,82 ‰. Fakt to bardzo pocieszający i dowód najlepszy, że praca około uzdrowotnienia kraju, prowadzona wytrwale i systematycznie, nie była bezowocna, pomimo trudnych warunków, w jakich się odbywała i odbywa.

1. Śmiertelność według wieku.

Najciekawsze z tego działu są oczywiście dane statystyczne, dotyczące wieku dziecięcego. Śmiertelność dzieci jest wśród ludności naszej przerażająco wysoka; dzieci, zmierające przed szóstym rokiem życia, stanowią przeszło połowę wszystkich zmarłych. Tylko rok 1901 i pod tym względem był wyjątkowo pomyślniejszy; między 1. a 5. rokiem życia było bowiem w tym roku 52,49 wszystkich zmarłych, gdy w r. 1902 — 54,9, a w r. 1903—53,1. Największą śmiertelność niemowląt, zarówno w pierwszym miesiącu, jak i w pierwszym roku życia, ma od szeregu lat kilkanaście powiatów, odznaczających się większą płodnością, a zamieszkałych przez ludność ruską; najmniejszą — powiaty zachodnie, polskie. Zjawisko to, wyraźniejsze w latach poprzednich, w r. 1903 nieco się zaciera, szczególnie co do dzieci, zmierających w pierwszym miesiącu; co do dzieci wszakże, zmierających w pierwszym roku życia, to i zestawienie z ostatnich lat siedmiu 1897 — 1903 poucza, że najwyższa średnia śmiertelność takich dzieci utrzymuje się w 12 powiatach ruskich, a z polskich w jednym podgórskim; w szeregu średnich najniższych stoją jednak obok siebie powiaty tak pod względem etnograficznym, geograficznym i t. d. od siebie się różniące, że — jak słusznie zauważa Sprawozdanie — trudno dopatrzeć się jednakowej przyczyny śmierci niemowląt, widząc np. powiaty brodzki, czortkowski i husiatyński ze śmiertelnością 16—17 (na sto w tym czasie urodzonych) obok powiatów: tarnobrzeskiego, mieleckiego, nowotarskiego, wadowickiego, ze śmiertelnością 14,4 — 18%. Natomiast najniższą śmiertelność dzieci do lat pięciu mają miasta Lwów i Kraków oraz 13 powiatów, zamieszkałych niemal wyłącznie przez ludność polską, z wyjątkiem jednego, niemal czysto ruskiego powiatu borszczowskiego.

2. Śmiertelność według przyczyn śmierci.

Brak sił żywotnych ma być według przepisów urzędowych podawany jako przyczyna śmierci tylko co do niemowląt, zmarłych wskutek przedwczesnego przyjścia na świat, oraz potworów. Niestety jednak zaledwo czwarta część skonów bywa sprawdzona przez lekarzy, reszta przez bardzo nieraz mało wykształconych oglądaczy zwłok, a i z lekarzy wielu prawdopodobnie o przepisach tych nie zawsze pamięta; stąd też liczby, podawane w tej rubryce, są bardzo niejednostajne i dlatego żadnej nie mają wartości. Z roku na rok np. nie podają niektóre powiaty, jak gorlicki i gródecki, ani jednego przypadku śmierci z braku sił żywotnych, gdy znów w innych liczba ta bywa bardzo wysoka.

Gruźlica i zapalenie płuc omawiane są w Sprawozdaniach zawsze razem; w ten tylko bowiem sposób można dojść do niejakich wniosków wobec tego, że, jak podnosi Sprawozdanie za r. 1901/2, wielu lekarzy umyślnie zamiast gruźlicy rozpoznaje przewlekłe zapalenie płuc, a jeszcze więcej wobec tego, że tylko przez połączenie obu tych rubryk można nadać niejaką wartość danym, których trzy czwarte pochodzi od oglądaczy zwłok, laików.

Otóż z gruźlicy i zapalenia płuc razem zmarło w r.

1901 — 6·44‰ ludności, a 25% zmarłych
1902 — 6·73‰ » » 23·9% »
1903 — 6·39‰ » » 24·36% »

a ponieważ w latach poprzednich zmierało średnio 6·7‰ ludności, przeto ostatnie trzechlecie ze średnią 6·52‰ byłoby nieco korzystniejsze. Niemniej pod względem śmiertelności z chorób płuc zajmuje Galicya ciągle jeszcze najniepomyślniejsze miejsce wśród krajów austryackich. W r. 1903 np. zmarło z tych chorób ‰ ludności: na Morawach 6·0, w Czechach 5·07, na Bukowinie 4·37. Z roku na rok mniejwięcej tesame powiaty galicyjskie mają śmiertelność najwyższą. Miasto Kraków ma niestety smutny przywilej, że od szeregu lat zajmuje jedno z pierwszych tutaj miejsc, o ile wlicza się zmarłych w Krakowie »obcych«; wobec tego jednak, że z tych »obcych« wielu, mieszkając i przynależąc do gmin podmiejskich, pracuje w Krakowie i tu choroby nabywa, nie można ich w porównaniach pominąć. Otóż

Kraków w latach 1900 — 1902 wykazywał powyżej 11‰ śmiertelności z chorób płuc, a nawet w stosunkowo pomyślniejszym r. 1903 — 10·9‰. Miasto Lwów, mając jeszcze w r. 1900 10·9‰ śmiertelności, w następnem trzechleciu nie przekroczyło 9·7‰. Za główną przyczynę znacznego rozszerzenia się chorób płuc, a przedewszystkiem gruźlicy w Galicyi uważa Rada Zdrowia na podstawie danych, zebranych przez szereg lat, przeludnienie mieszkań obok nędzy, pijaństwa i niechlujstwa. Niestety trudno spodziewać się poprawy, skoro — jak podaje Sprawozdanie za r. 1903 — z powodu drożyzny budulcu włościanie budują coraz mniejsze i coraz gorzej przez to w zimie i jesieni przepełnione mieszkańcami chaty.

Błonicę podano jako przyczynę śmierci w r. 1901 u 0·9‰, w r. 1902 u 0·82‰, w r. 1903 u 0·87‰ ludności. Rok 1903 był w porównaniu z poprzednim nieco mniej pomyślny, jednakże wogóle w ostatniem ośmioleciu zmniejszyła się stopniowo, a bardzo znacznie śmiertelność z błonicy. Jeszcze bowiem w r. 1895 zmarło z niej 2‰ ludności; od tego czasu spadła śmiertelność przeszło o połowę. W latach 1901—1903 panowała błonica najsilniej w dwóch grupach powiatów: jednej, sąsiadującej ze Starym-Samborem, drugiej — w okolicy Brzeżan. Niektóre powiaty, jak Kamionka, Przemyślany, Bochnia, Mielec, Stary-Sambor i Turka, oraz miasta Lwów i Kraków, rozwinęły bardzo energiczną działalność w leczeniu błonicy, co ułatwia zresztą bardzo możność używania surowicy na koszt rządu. Natomiast niewytłómaczoną jest obojętność niektórych starostw, jak w Gródku, Rohatynie, Nisku, Jarosławiu, Samborze, które z roku na rok zgoła nie delegują lekarzy do sprawdzania i leczenia błonicy, chociaż z niej znaczna w tych powiatach jest śmiertelność. Tę niezwykłą niedbałość wytykają Sprawozdania od kilku lat zawsze co do tych samych starostw. Zapytać się godzi, czy Namiestnictwo galicyjskie niema w ręku środków, któreby to niedbalstwo usunęły, czy też może zupełnie nie zwraca uwagi na usterki, wytykane rokrocznie przez Radę Zdrowia?

W jakiej dokładnie mierze rozpowszechniło się leczenie surowicą i z jakim wynikiem bezpośrednim, o tem nie można z danych, jakiemi rozporządza Rada Zdrowia, całkiem ściśle wyrokować, albowiem lekarze nie zawsze donoszą o zastosowaniu tego środka. I z tych jednak liczb, jakie Rada Zdrowia zebrać zdołała, wnosić można ogólnie, że leczenie surowicą szybko się rozpowszechnia. Gdzie to dotąd nie nastąpiło, przyczyną jest — zdaniem Rady Zdrowia — nietyle opór ludności, ile obojętność lub może nawet niechęć lekarzy (!), delegowanych do zwalczania epidemii.

Krztusiec zabrał w r. 1903 1·14‰ ludności, w 2 latach poprzednich 1·69 i 1·24; panował we wszystkich niemal powiatach.

Na ospę chorowało według wykazów lekarzy urzędowych w r. 1901 w całej Galicyi 238 osób, a zmarło 19, w roku 1902 chorowało 43, zmarło 10, w r. 1903 chorowało tylko 29, umarło tylko 4. Pod tym względem tak pomyślnego roku, jak 1903, nie było »od niepamiętnych czasów«. We wszystkich przypadkach r. 1902 i 1903 ospa została do Galicyi zawleczoną z Królestwa Polskiego, z Rosyi, poczęści z Węgier, kilkakrotnie za pośrednictwem kupionej zagranicą starej odzieży. W r. 1901 w kilku przypadkach źródła zarazy wyśledzić nie zdołano.

Płonica była przyczyną śmierci 1·5‰ ludności w r. 1903, a 1·48 i 1·11‰ w dwóch latach poprzednich; śmiertelność z płonicy przeto w tem trzechleciu nieco wzrastała. Wzrastało też i nagminne jej szerzenie się: w r. 1901 były dwa powiaty (kosowski i mościski) od niej wolne, w obu następnych latach stwierdzili lekarze urzędowi jej epidemie już we wszystkich bez wyjątku powiatach; w ciągu roku 1902 w większej części kraju płonica nie wygasła, lecz epidemicznie przeszła na rok 1903. Leczono w r. 1901 osób 21,511 († 23·27%), w r. 1902 — 26,700 († 25·5%), w r. 1903 — 30,105 († 23·79%).

Z odry zmarło w r. 1901 — 0·28, a w r. 1903 — 0·39‰ ludności; natomiast w r. 1902 zabrała odra 1·46‰ ludności, a tak wysokiej cyfry nie było od r. 1886. Sprawozdania lekarzy, delegowanych do zwalczania odry, podają w r. 1901 chorych 22.046, w r. 1902 — 82.390, w r. 1903 — 25.356.

(C. d. n.).

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

III.

Braki i potrzeby.

Zestawił **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Dalszy przykład systemu oszczędności: rekonstrukcya szpitala w Stryju. Pomimo wielu zalet planów stopniowo (z musu) uzupełnianych coraz większemi zmianami, »cała robota nosi cechy dorywczości, nie ujętej w plan szczegółowy«, a choć to podobno »inaczej być nie mogło«, to jednak »nie może się obejść bez znacznych kosztów, bez burzenia starych i stawiania nowych okien, ścian, drzwi i t. p. Wszystko to było zbyt nizko preliminowane lub zrazu nie zamierzone..« Pomimo budzących niezadowolenie kilkakrotnych przekroczeń pierwotnego kredytu na budowę (byle jak najoszczędniej!) »z góry można przewidzieć, że nie wystarczy to do postawienia tego szpitala na wymaganą stopę«[1]).

W nowiutkim i ślicznym szpitalu Tarnobrzeskim na 30 łóżkach zastała inspekcya 59 chorych (!); »jest w nim za ciasno, a przepełnienie« na pewno »zamieni się w stan trwały, chroniczny«[2]).

W Tarnopolu, w szpitalu postawionym dopiero przed 8 laty, »sala operacyjna urządzeniem swojem stoi daleko poza wzorami małych nawet szpitali naszych krajowych«[3]). A przecież »niewielkim kosztem możnaby te rażące błędy usunąć«; — jeszcze mniejszym, dodamy, można było do nich nie dopuścić przez mniejszą z początku »oszczędność«.

W Tarnowie »należy szpital do tych starych budynków, które stawiane były bez zachowania tych zasad higienicznych, jakie obecnie są warunkiem każdego porządnego zakładu leczniczego. Tylko część, dobudowana przed dwudziestu laty, jest więcej odpowiednią, ale i tu jest jeszcze wiele braków. Łazienki są bardzo szczupłe, a miejsca ustępowe cuchną i zatruwają powietrze w zakładzie... Piece są zrujnowane.. Spiżarnia jest wilgotna... i t. d.«[4]).

Szpital ten »pozyskał już sobie smutną sławę budynku starego, ciasnego, pełnego wad i braków, domagających się gruntownej sanacyi«[5]).

Dla szpitala tarnowskiego zbliża się jednak, podobnie jak dla Białej, Brzeżan, Lwowa, Sanoka, — czas lepszy. Sejm tegoroczny uchwalił już bowiem przedłożony przez Wydział krajowy wniosek gruntownego przerobienia szpitala w Tarnowie i dobudowania w nim pawilonu chirurgicznego na 60 łóżek. Koszt tej inwestycyi wyniesie 235,729 K.

W Wadowicach budynek, wystawiony »nie tak dawno, bo przed 10 laty, jest tak wadliwy pod względem układu i pomysłu, że nietylko nie odpowiada zupełnie tym wymaganiom, jakie zaspokoić powinien, ale nawet utrudnia zamiary jakiegoś ulepszenia. Niewygodny i niejasny podział, trupiarnia tak umieszczona, że z każdego kąta widać trumny ze zwłokami... okna okratowane, jakiejś nieznanej w świecie konstrukcyi, wystawa sal chorych od wschodu lub północy, niedołężne urządzenie wodociągowe, zawilgocenie zakamarków w tylnej części gmachu i dużo innych błędów zasadniczych[7])«. Szpital ten jest, jak tyle innych, stale przepełniony (65 chorych na 41 łóżkach), choć, jak w tylu innych, leczenia nie przedłuża się nad zwykłą miarę[8]).

W szpitalu żółkiewskim budynek, mieszczący oddział kobiecy »jakkolwiek zbudowany przed 30 laty, lecz bez piwnic i nadzwyczaj oszczędnie« »z biegiem czasu zniszczył się mocno: pokazał się grzyb, posadzka ceglana w korytarzu zupełnie zniszczona i rozbita, ustępowe miejsca bardzo cuchnące, drzwi i okna zmurszałe, a piece przepalone«[8]). »Kanał szpitalny w czasie suchych miesięcy zatyka się i podwaja nieznośny smród na oddziale kobiet«[9]).

»Cały ten szpital staroświecką swą fizyonomią odbiega daleko od powszedniego dziś typu; obraz szpitala z przeszłości pod względem budowy i urządzenia« »Budynek drewniany dla

[1]) Insp. w r. 1906, str. 70.
[2]) Tamże, str. 73.
[3]) Tamże, str. 75.
[4]) Dep. V. za r. 1904/5, str. 71.
[5]) Insp. w r. 1906, str. 76.
[6]) Spraw. Wydziału kraj. LW. 113624 1906 z 10. XI. 1906.
[7]) Insp. w r. 1906, str. 80.
[8]) Tamże, str. 80.
[9]) Dep. V, za 1904/5, str. 73-74.

kobiet przedstawia się o wiele gorzej jeszcze, bo jako prawdziwa rudera, gdzie zniszczona ceglana posadzka, wstrętne wychodki i ziejąca złą wonią łazienka z jakimś odkrytym rowem kanałowym pośrodku urągają wszelkiemu postępowi. Pawilon zakaźny wygląda jak lepianka... bez łazienki, bez wychodków, bez kuchenki, a przerobiony został z dawnej trupiarni. Nie lepiej wygląda budynek gospodarczy, mieszczący kuchnię, pralnię i dwie izdebki dla kobiet z chorobami zakaźnemi(!)« »Gruntowne zmodernizowanie tego szpitala należy do najpilniejszych zadań prowincyonalnego szpitalnictwa[1])«.

Krajowa Rada Zdrowia wymienia już w r. 1903 jako »niezbędnie potrzebujące innego pomieszczenia« szpitale w Bochni, Białej, Jaśle i Podhajcach[2]).

Jeżeli tyle aż nadto wymownych spostrzeżeń o budynkach szpitalnych można przytoczyć ze sprawozdania za dwa tylko lata, to jakaż dopiero suma braków wypadłaby z zestawienia sprawozdań za lat kilka. Bez przesady można powiedzieć, że zawsze jeszcze tylko część[3]) szpitali prowincyonalnych ma budynki odpowiednie, daty najświeższej, a tylko kilka dobre urządzenia i to nie ze wszystkiem.

Nie potrzeba wiele domyślności, aby wyobrazić sobie, ile światła dziennego dochodzi do starych budynków; nawet w szpitalu krakowskiem w poklasztornych jego częściach ma się pod tym względem niejednokrotnie wrażenie cel więziennych i to z »dobrych starych czasów«. Jaka zaś może być w tych warunkach wentylacya, tego budującym zaiste przykładem jest krakowski oddział położniczy, a wymowną ilustracyą te liczne szpitale, gdzie wychodki »zatruwają powietrze w całym zakładzie«. Oświetlenie sztuczne w większości bodaj szpitali konkuruje godnie z oświetleniem w dzień; dość wspomnieć, że w wieku elektryczności, którą ma już nawet kilka szpitali prowincyonalnych, szpital krakowski posiada zaledwo gdzieniegdzie światło gazowe, a zresztą muszą się chorzy w długie wieczory jesienne i zimowe zadowalniać wątłem światłem lampki naftowej, nieraz samotnie kopcącej w sali, mieszczącej łóżek kilkadziesiąt[4])... Cóż dziwnego, że, jak się okazało w jednej ze spraw sądowych, muszą lekarze chorym groźnie krwawiącym przed przeniesieniem na stół operacyjny spieszyć z pierwszą pomocą przy... stoczku, a nie tak to jeszcze dawno, jak musiano tu i owdzie operować przy świecach, w pęk związanych.

W takichto, do niemożliwości przytem przepełnionych »salach«, jeżeli niemi można nazwać duszne i ciemne w wielu jeszcze szpitalach używane dla chorych nory, muszą przebywać, spać, jeść i pić ludzie, niczem przecież nie różniący się od czasowych mieszkańców szpitali ludowych zagranicznych, którzy w szpitalu dziś znajdują nietylko naprawdę higieniczne warunki, ale nawet pewien komfort i wygodę, oraz otoczenie, choć poczęści zastępujące im dom rodzinny. Za wzorem Anglii, w której w szpitalu znajdzie się i wygodny fotel dla ozdrowieńca i estetyczne, choć skromne, ozdobienie sypialni i trochę zieloności w jadalni, stwarza się dziś wszędzie na zachodzie, a w Niemczech nawet z pedanteryą, tworzącą odrazu z tego osobne działy nauki o pielęgnowaniu chorych[5]), w najbliższem otoczeniu chorych szpitalnych warunki, działające dodatnio na psychiczny nastrój chorego i łagodzące ile możności przygniatającą atmosferę szpitalną. Tylko u nas przechowuje się troskliwie, może jako pożądane tło dla obrazków »z życia«, które malować będą dalsze pokolenia naszych beznadziejnie pesymistycznych powieściopisarzy,—tę straszną wspólną salę szpitalną o szarych ścianach, z ustawionymi pod rząd surowemi łożami, często z drzewa, o poduszkach wysłanych sieczką[6]), bez wszelkich nieraz najprostszych sprzętów, stołów, stołków, nie mówiąc już o obrazach, kwiatach, zegarach itd., bez porządnych spluwaczek[6]), umywalni, z cuchnącymi sedesami do oddawania stolca[6]), ze wspólnym brudnym ręcznikiem, jedynym na kilkunastu lub kilkudziesięciu chorych[6]),

[1]) Insp. w r. 1906, str. 83, 84.

[2]) Sprawozd. za r. 1903, str. 109. Co do szpitala w Białej sprawę załatwił już Sejm tegoroczny.

[3]) Komisya sanitarna tegorocznego Sejmu uważa za odpowiednie pomieszczenie 13 szpitali (na ogólną liczbę 33).

[4]) Już po wydrukowaniu w osobnej broszurce niniejszego artykułu i rozesłaniu jej posłom sejmowym przedłożył Wydział krajowy Sejmowi wniosek o zaopatrzenie szpitala krakowskiego w światło elektryczne, co też Sejm uchwalił.

[5]) Por. dziełko prof. Mendelsohna.

[6]) Por. Insp. w 1906. str. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 22, 26, 27, jednem słowem prawie na każdej stronie. Tak jak silne zwrócenie uwagi na to zupełne niedbanie o elementarne zasady wygody chorych, o »ludzkie« ich otoczenie, tak i przeprowadzenie gruntownej tu reformy będzie jedną z najpiękniejszych kart działalności obecnego Inspektora szpitali.

w sali, gdzie chorzy muszą spędzać dzień i noc[1]), a gdzie za całą rozrywkę ma chory własne swe myśli, o ile ich nie urozmaici kaszel suchotnika sąsiada lub widok konania tego nędzarza z przeciwka, i gdzie apetytu do jadła, przyniesionego na brudnej desce w powyginanej blaszance, dodaje mu zaduch odleżyny lub rozpadłego raka.

A jakie jest niekiedy to jadło szpitalne, o tem,—tego, kto go sam nie próbował, dla kogo nie jest wymowna liczba *61* halerzy dziennie kosztów leczenia na chorego[2])w r. 1897 w Galicyi, (gdy w Czechach już wtedy wydawano 92, a w Austryi dolnej 1·18) — zaś *1·25* kor. w r. 1901 w Galicyi (Czechy 2·06, Austrya dolna 2·63)[3]), kogo nie zdziwi, że mimo osławionej drożyzny umiemy wogóle żywić chorych taniej, niż Gorycya, niż nawet Bukowina(1·76) i Dalmacya (1·57)[4]),— pouczy niewielki trud przejrzenia uwag i spostrzeżeń byłego Inspektora szpitali krajowych.

W szpitalu krajowym lwowskim wymienia to sprawozdanie skargi na wikt w oddziale wenerycznym męskim, odnoszące się »właściwie do wymiaru, a zwłaszcza do ilości chleba« — i uznaje, że »rzeczywiście 250 grm. chleba na śniadanie, obiad, podwieczorek i wieczerzę jest zamało dla mężczyzn pełnych sił i przywykłych do jedzenia wielkiej ilości chleba«. Zresztą nie byłoby żywności w szpitalu lwowskim nic do zarzucenia[6]), chociaż urządzenie kuchenne jest za małe, tak, że »w jednym i tym samym kotle często gotuje się i barszcz i mleko«[7]).—W zakładzie kulparkowskim »żywienie chorych pozostawia bardzo wiele do życzenia i nie dorównuje żywieniu chorych w lwowskim i krakowskim szpitalu..., w przygotowaniu potraw niema różnorodności...; wskutek tego chorzy opychają się chlebem, wtedy, gdy całe sagany wypełnione kaszą, kluskami i makaronem są wynoszone z zakładu na karm dla nierogacizny«[8]). »Dla o s z c z ę d n o ś c i (!) wprowadzono dwurazowy post w tygodniu i wtedy chorzy mięsa nie dostają«. W rok później »skargi chorych na złe pożywienie są nieustanne«, »znaczne ilości barszczu, ryżu, klusek ze serem wrzucano do kadzi dla nierogacizny, bo chorzy, nawet pracą ręczną zatrudnieni, z niechęcią odsuwali od siebie ten obiad«. Chociaż więc »w źle urządzonej i ciasnej kuchni« (dotychczasowej, obecnie jest nowa) »trudno myśleć o urozmaiceniu dań w tak dużych ilościach«, niemniej i na przyszłość konieczny się okazuje »dobór z pomiędzy Sióstr osób, znających się na kuchni, dla prowadzenia tego ważnego działu«[9]). W Białej żywienie jest dobre, »ale koszt żywienia jest bardzo wysoki, bo dochodzi do 48, a nawet (!) 50 hal. na dzień i chorego«[10]). W Brzeżanach »wiktuały średniej dobroci«[11]); i znowu w Jarosławiu, gdzie pożywienie jest »dobre i dostateczne«, »kosztuje jednak dość drogo, bo 43 hal. na dzień i chorego«[12]). W Lubaczowie »wiktuały średniej dobroci«[13]); toż samo w Podhajcach[14]) gdzie przytem chorzy nie gorączkujący uskarżają się na mały wymiar porcyi; podobna jakość wiktuałów w Przemyślu[15]). W Tarnopolu »pieczywo niesmaczne, krupy miernego gatunku, zwłaszcza ryż«[16]). W Wadowicach wiktuały w »średnim« gatunku, a gdy wyżywienie chorego za 42—43 gr. dziennie jest niepodobieństwem, zarządzające kuchnią SS. Miłosierdzia, by uczynić zadość »wezwaniom do oszczędności« zaprowadziły własne gospodarstwo: kury, kaczki, świnie i t. d.[17]). Słusznie tu chyba zauważa sprawozdanie, że takie gospodarstwo nie jest zadaniem Sióstr zakonnych[18]) i że przy niem cierpieć musi dozór i opieka nad chorymi.

Nawet ostatnia inspekcya, chociaż czy to zastała już zmianę ku lepszemu, czy była może pod tym względem wyrozumialsza, stwierdziła w kilku szpitalach nieszczególną jakość surowych wiktuałów, zwłaszcza chleba i mięsa[19]) (dodajmy zaraz, że z winy miejscowych stosunków lub dostawców, a nie zarządu), a w dwóch czy trzech (prócz Kulparkowa)[20]) wytyka wy-

[1]) Zdaje się, że tylko szpital (nowy) w Przemyślu ma korytarze tak zbudowane, by mogły służyć na sale pobytu w dzień, wszelako w nich i tutaj »urządzenia prawie zupełnie niema, a sale te stoją bezużytecznie« (Insp. w r. 1906, str. 53).

[2]) W szpitalach powszechnych prócz położnic i obłąkanych.

[3]) Sprawozdanie z czynności Dep. V. Wydz. kraj. za czas od 1-go stycznia 1904 do 30. czerwca 1905. str. 5 i za 1905/6. str. 6.

[4]) Spr. Dep. V. za 1904/5. str. 6.

[6]) str. 24. [7]) str. 29. [8]) str. 37.

[9]) Insp. w r. 1906. str. 21.

[10]) Dep. V. 1904/5. str. 39.

[11]) str. 44. [12]) str. 50. [13]) str. 50. [14]) str. 55.

[15]) str. 58. [16]) str. 70. [17]) str. 73.

[18]) Tosamo i z tąsamą słuszną uwagą znajdujemy o kilku szpitalach prowincyonalnych w Spr. Insp. w r. 1906.

[19]) Insp. w r. 1906. str. 30, 37, 44, 53, 64.

[20]) Tamże str. 43, 54, 68.

raźnie nieumiejętność przyrządzania pożywienia; natomiast w dwóch tylko [1]) podkreśla gorliwość i umiejętność w urozmaiceniu wiktu szpitalnego, dającą się widocznie zastosować nawet w skrajnie ciasnych ramach przeznaczonej na żywienie kwoty [2]).

Wogóle żywienie chorych, jakie sobie, kto go naocznie nie poznał, według tych uwag wyobrazić może, zachęcić potrafi do szukania nieprawnego pomieszczenia w niektórych naszych szpitalach chyba tych bezdomnych, co szukają na zimę schroniska choćby i w więzieniu.

Dodajmy, że w szpitalach naszych przeważnie niema nietylko dobrej żywności, ale nawet... wody. Za wiele miejsca zajęłoby przytaczanie wszystkich usterek, wymienionych w tym względzie w sprawozdaniach Dep. V. Wydziału krajowego; dość wymowne jest samo wyliczenie szpitali, wogóle nie mających dobrej lub dostatecznej ilości wody: w r. 1904/5 Bochnia, Lubaczów, Podhajce, Rzeszów (wodę wozi się beczkami z miasta), Wadowice (woda dobra, ale studnia wadliwa), Żółkiew [3]). Pomijam tu przytoczone w sprawozdaniach, o wiele liczniejsze szpitale, posiadające wprawdzie wodę, ale nie mające dobrze urządzonych łazienek; są między nimi takie, gdzie z tego powodu kąpie się chorych tylko w ostateczności, a kąpieli czystości wcale się nie wydaje.

W Krakowie [4]) i we Lwowie [5]) robi się oszczędności na wodzie z wodociągu miejskiego.

Przyznać należy, że wspomniane powyżej usterki i braki budynków w istniejących szpitalach Wydział krajowy częściowo już usunął, częścią zaś w najbliższej przyszłości usunąć pragnie zapomocą znacznych inwestycyi, proponowanych tegorocznemu Sejmowi (i już przez Sejm uchwalonych. *Przyp. w korekcie*). Niewątpliwie przygotowaniem i przekonywającem uzasadnieniem odpowiednich wniosków rozpoczął obecny Inspektor szpitali krajowych swą działalność w pierwszym roku urzędowania w sposób, budzący najlepsze na przyszłość nadzieje, a przedstawienie wniosków tych Sejmowi i zjednanie im przychylnych uchwał będzie jedną z wielkich zasług obecnego Szefa Departamentu V. i całego Wydziału krajowego.

Zamiar zerwania z dotychczasowym systemem łataniny w sprawach szpitalnictwa zaznacza się bowiem niewątpliwie najwyraźniej w tym właśnie dziale; istotnie w żadnej jeszcze chyba sesyi nie przedłożono Sejmowi tylu i tak poważnych projektów inwestycyi w istniejących szpitalach. O ile w zakresie budowy nowych zakładów wniesiono jedną tylko sprawę zakładu dla obłąkanych w zachodniej części kraju, prawda, że kosztem przeszło 3 milionów koron, o tyle w zakresie rekonstrukcyi i dobudowy podjętym ma być wydatek stosunkowo znaczny, a mianowicie przypadająca na kraj [6]) połowa kosztów:

Tarnów	100,729
Brzeżany	47,000
Biała	180,000
Lwów szpital	520,000
Lwów grunt pod kliniki . .	189,600 [7])
Kraków klinika psych. . . .	50,000
	1,087,329

nie licząc przyczynienia się kraju do kosztów budowy klinik we Lwowie i paru drobniejszych pozycyi.

Wydatek ten mają pokryć pożyczki amortyzacyjne.

Jeżeli jednakże usterki i braki pomieszczenia i zasadniczych urządzeń reszty, w tym roku nieuwzględnionych szpitali, mają być naprawdę skutecznie i na czas dłuższy usunięte, tak, aby kraj nie był w dalszych latach obarczony ponownymi, dodatkowymi ciężarami, to wydaje się rzeczą konieczną nakreślenie i w tym dziale całkowitego systematycznego planu, podobnie jak co do zakładania szpitali nowych. Wprawdzie plan najkonieczniejszych inwestycyi istotnie ułożony został jeszcze w r. 1902 [8]), a co ważniejsza, w znacznej części został istotnie wykonany, lub do wykonania przygotowany; jednakże nie należy zapominać, że plan ten obejmował jedynie istotnie n a j k o n i e c z n i e j s z e przebudowy i dobudowy, a nie obejmował wielu takich, które przy ówczesnym systemie oszczędności wydawać się mogły zbyteczne. Żeby dla przykładu przytoczyć tylko szpital krakowski: ani wybudowanie nowego domu porodowego, ani budowa nowego zakładu dla obłąkanych w zachodniej Galicyi i kliniki psychiatrycznej w Krakowie nie wyczerpie szeregu większych, w szpitalu św. Łazarza potrzebnych inwestycyi: stary gmach poklasztorny (którýby właściwie nadawał się do zburzenia) i jego przybudówki, czyli dzisiejsze pomieszczenie oddziałów położniczych i kiłowo-skórnych, nie da się bez gruntownej rekonstrukcyi użyć nawet na mieszkanie dla służby i (dziś zbyt ciasne) lokale administracyjne, a dzisiejszy oddział obłąkanych, który, jako stacya obserwacyjna, utrzymać się musi, bez zniesienia obecnych celek dla szałowych będzie nadal urągać pojęciom o kulturze; oddział zaś chirurgiczny, który z natury rzeczy nie może być wobec dzisiejszych wymagań nauki pomieszczony w żadnej starej, przerobionej ruderze, dla usunięcia dzisiejszego przepełnienia wymagać będzie uzupełnienia nowym pawilonem.

Na tem kończymy uwagi, które nasuwają się co do podjętych już i koniecznych w przyszłości wydatków inwestycyjnych.

Sądząc po tegorocznych wnioskach Wydziału krajowego i uchwałach Sejmu, ufamy, że kraj się przed energiczniejszą akcyą inwestycyjną nie cofnie.

N a u t r z y m a n i e s z p i t a l i (koszta leczenia) w y d a j e k r a j z a m a ł o, przynajmniej w stosunku do tego, coby wydawać powinien, jeżeli funkcyonowanie szpitali ma odpowiadać współczesnym wymogom nauki lekarskiej, potrzeb ludności i dobra kraju.

Jest zupełnie zrozumiałe i wszelkiego uznania godne, że pierwszą troską naczelnych władz autonomicznych jest utrzymanie równowagi w budżecie krajowym, zachowanie stosunku w wydatkach na różne potrzeby, a, co za tem idzie, chęć zaoszczędzenia w zakresie szpitalnictwa wydatków, naprawdę niepotrzebnych, jak np. wydatki na zbyt długo w szpitalach pozostających ozdrowieńców i nieuleczalnych, wydatki, które kraj musi zwracać za chorych, leczących się w szpitalach pozakrajowych, straty przy ściąganiu kosztów leczenia i t. p. Zrozumiałe jest także, że w tym względzie wyjaśnień i wskazówek szukał Wydział krajowy przedewszystkiem także u lekarzy [1]), jako najlepiej ze szpitalnictwem obeznanych i wskutek bezpośredniego obarczenia znaczną częścią administracyi szpitalnej i w tym także dziale doświadczonych. Mniej natomiast zrozumieć można, że żądano przy tej sposobności wskazania środków dla uzyskania oszczędności w samem gospodarstwie szpitalnem. A już wtedy z najmniej podejrzanej strony [2]), przejętej, jak wspominaliśmy, szczerze potrzebą jak największego oszczędzania [3]), stwierdzono, że koszt leczenia chorych jest w Galicyi ze wszystkich krajów koronnych austryackich najniższy i padły znamienne słowa, że »oszczędność posuniętą jest możliwie jak najdalej« a »żądanie coraz to większych oszczędności mogłoby doprowadzić« szpitale wprost »do upadku« [4]).

Stosunki te, pomimo szalenie rosnącej drożyzny, nie się nie zmieniły, skoro koszt jednego dnia leczenia w r. 1904 wynosił średnio we wszystkich szpitalach tylko 150·9 h., w samych prowincyonalnych nawet tylko 116·3, a żywienie na dzień leczenia w szpitalach prowincyonalnych kosztowało zaledwo 41·5 h., t. j. w r. 1904 tyleż, ile przed r. 1902 [5]). A wtedy koszt jego był w Galicyi mniejszy, niż nawet w Dalmacyi! [6]).

Nic dziw też, że na żądanie wskazania środków jeszcze dalszej oszczędności w gospodarstwie szpitalnem wypadła odpowiedź szczególna. Wskazano zaledwo kilka sposobów, na które naczelny zarząd szpitalny, czy też jego organa administracyjne same wpaść były powinny (sposób dostawy potrzebnych artykułów i t. p.), a na które przeważnie dopiero odpowiedź lekarzy oczy im zdawała się otwierać [7]); natomiast nawet nie lekarze stwierdzali [8]), iż »sądzić, że ankieta oszczędności przyniesie, byłoby złudzeniem«. Wśród uczestniczących w ówczesnych naradach nie odezwał się ani jeden głos, któryby nie był dosadnem potępieniem tego, co się wskutek nadmiernej oszczędno-

[1]) Tamże str. 66, 81.
[2]) 41 hal. dziennie.
[3]) Rada zdrowia kraj. wymienia jeszcze Husiatyn i Sanok. Spraw. za r. 1903. str. 109. W Spraw. Insp. w r. 1906. jest takich szpitali jeszcze więcej, częściowo wskutek złych urządzeń studziennych.
[4]) Wodę z wodociągu miejskiego ma tylko oddział chirurg. po 90 l. na dzień i głowę [5]) Spr. Insp. w r. 1906. str. 4. [6]) Fundusze szpitalne.
[7]) Na razie jednak pokrywa kraj gotówką całą cenę kupna 233,040 K. póki Rząd przypadającej nań połowy nie zwróci. Spr. W. kr. l. 59.445/06 z 1. II. 1907.
[8]) Spraw. ank. z r. 1902. str. 46—7.

[1]) Spr. ank. z r. 1902, punkta 1—6 kwestyonaryusza.
[2]) Spraw. ank. z r. 1902 str. 42.
[3]) Spraw. Dep. V. za 1904/5 str. 33, 39, 45, 71 i t. d.
[4]) Spraw. ank. z r. 1902 str. 42.
[5]) Spr. Dep. V. za 1905/6. Aleg. II.
[6]) Spr. ank. z r. 1902. str. 42.
[7]) Spr. ank. z r. 1902 str. 43—46.
[8]) Tamże str. 70, przemówienie posła Kozłowskiego.

ści w administracyi szpitali działo i dzieje. Na pytanie, jak zapobiedz, by chorzy z kraju nie wyjeżdżali za granicę, odpowiedź brzmiała, że »trzeba starać się o to, aby wszystkie braki, jakie nasze szpitale wykazują, były usunięte i to jak najrychlej«, gdyż »publiczność ogromnie zmądrzała pod względem zdrowotnym, żąda dziś więcej od szpitali i z większą nieufnością patrzy na szpitale marnie i licho urządzone« i to nawet ta publiczność niezamożna, za którą kraj płacić potem musi zagranicą [1]).

Wówczas też już wyliczono najważniejsze niedostatki, udowodniono je dosadnie i podano szczegółowo środki zaradcze. Z tych wszystkich rad i wskazówek przedostała się przed forum Sejmu wówczas jedna jedyna: wznowienie sprawozdań naukowych z czynności lekarskich wszystkich szpitali, a i ta, choć uchwalona przez Sejm w formie rezolucyi [2]) zgoła nie została wysłuchaną. Cały wynik obrad w tym względzie, któryby należało jako »memento« wyryć na jakiejś tablicy w gmachu sejmowym, poszedł, rzec można śmiało, w zapomnienie, a jeżeli pod niektórymi względami nastała nieznaczna poprawa, to tylko pod ostatecznym naciskiem, jak np. pod groźbą strejku do rozpaczy doprowadzonych pomocniczych lekarzy szpitalnych.

Niepodobna przy najlepszej nawet woli oszczędzić tu naszym naczelnym władzom autonomicznym zarzutu, że dla tej sprawy okazywały dotąd za mało zrozumienia, ani usprawiedliwić ich nieświadomością przedmiotów fachowych, boć wyjaśnienia pytanych o zdanie najświatlejszych w kraju lekarzy były niezwykle dobitne i zarówno na wyczerpujących wywodach, jak i na aż nadto wymownych przykładach oparte.

Właściwie należałoby powtórzyć tu dosłownie przemówienia wszystkich lekarzy, biorących udział w ankiecie w sprawach szpitalnictwa w r. 1902, której zainicyowanie można zapisać do rzędu wielkich zasług posła prof. Marsa. Widać w tych przemówieniach, że skoro wtedy otworzyła się nakoniec oddawna upragniona sposobność, skoro zaświtała nadzieja, że bezpośrednie wyłuszczenie tych spraw wywrze przecież pożądany skutek, mówiono bezwzględnie otwarcie i tak przekonywająco, że lepiej i wymowniej już chyba rzeczy przedstawić nie można. A z przemówień tych okazało się, że obciążenie finansowe, jakieby z koniecznych ulepszeń w prowadzeniu szpitali dla kraju wynikło, nie byłoby wcale tak wielkie, że raczej szłoby o jednorazowe, niż o stałe wydatki. Zaspokojenie takich potrzeb, jak potworzenie pracowni naukowych, zaopatrzenie szpitali w niektóre mniejsze urządzenia, w nowsze i obfitsze narzędzia, potworzenie po szpitalach mieszkań dla małej części lekarzy, dla dozorczyń i służby, to kwestya stosunkowo skromnych, jednorazowych wkładów; taka rzecz, jak utworzenie takich pomieszczeń dla chorych inteligentniejszych (II i I klasa), którebv nie urągały wszelkim pojęciom o jakiej takiej wygodzie (nie mówiąc już o wykwincie), toć to poprostu przedsiębiorstwo, któreby się znakomicie opłacało, jak gdzieindziej w Austryi i zagranicą się opłaca. Wszystko to [3]) na ankiecie podnoszono. A nawet utworzenie funduszu stypendyjnego dla lekarzy szpitalnych na wycieczki naukowe zagranicę, proponowane także na ankiecie [4]), do czego dodałbym zasiłki na kursa lekarskie w kraju [5]), nie stanowiłyby trudności, gdyby znaleźli się w Sejmie obrońcy zasady, że przecież taki zagraniczny wyjazd lekarza lub studya dopełniające w kraju są dla kraju jednak pożyteczniejsze, niż »kształcenie się w śpiewie« przyszłych gwiazd operetkowych i większych, niż tamto, zapomóg nie wymagają. A z jakąż lichwą takie popieranie studyów lekarskich krajowiby się zwracało! [6])

Stałe obciążenie budżetu krajowego nietylko daleko mniej wchodziłoby w rachubę od takich jednorazowych, i to skromnych wkładów, ale nawet rzecz ująć trzeba raczej jeszcze inaczej:

To, co kraj dziś już faktycznie wydaje na prowadzenie szpitali (koszta leczenia), pod niektórymi względami nie jest należycie wyzyskane, to znaczy, że płacąc to samo, co dziś, za każdy dzień leczenia, mógłby kraj przy odpowiedniej zmianie niektórych szczegółów prowadzenia szpitali uzyskać daleko lepszy efekt ich działalności.

Jest to coś zupełnie innego, niż dalsza oszczędność, która byłaby zupełnie niemożliwa. Doświadczony chirurg, wybierając najstosowniejsze metody operacyjne, wykona więcej zabiegów i wykona je lepiej, niż ten, kto tych metod dobrać nie umie, choć obaj poświęcą równą ilość czasu i równy wysiłek. Posługując się nieodpowiedniem lub złem narzędziem, marnuję niepotrzebnie dużo czasu i trudu na to samo, cobym dobrem znacznie rychlej i łatwiej wykonał; a jednak pierwsze może być nawet droższe od drugiego. Kupiec, którego pomocnicy umieją towar dobrze sprzedać, pobije współzawodnika, choć obaj towar równie tanio kupili, i prowadzi interes rentowniejszy. Są to rzeczy do śmieszności proste, na ankiecie szpitalnej w r. 1902 wskazywano na nie, a jednak... prawie wszystko pozostało do dziś dnia po dawnemu.

Może to stąd poszło, że uczestnicy ankiety nie dość wyraźnie oddzielali w swoich projektach reform to, co wymaga rzeczywiście zwiększenia wydatków, od tego, co wymaga tylko staranniejszego obmyślenia i przekształcenia, a ani grosza więcej kosztować nie może. Może nie przypuszczali, że do niejednej ważnej w skutkach propozycyi trzeba jeszcze osobną dodać uwagę, »ad usum Delphini«, iż nie kryje się w niej żaden zamach na przyjęty system oszczędnościowy, a może też poruszyli pewne bolączki, których tykać nie miano potem poprostu odwagi i ośmielili się głośno powiedzieć to, o czem nawet szeptać uważano za »niepolityczne«?

Zobaczmy.

Ogólne kierownictwo szpitalami należy do Departamentu V. Wydziału krajowego. Na jego czele przed laty stał lekarz, członek Wydziału, przez Sejm wybrany. Jeżeli nie można wymagać, ażeby w każdym Sejmie znalazł się dostatecznie na to stanowisko uzdolniony zawodowiec, jeżeli uznać trzeba w obecnym Szefie Departamentu niemały zasób nabytego już doświadczenia i niezaprzeczoną dobrą wolę, to jednak nie może się ten departament, rzecz prosta, obejść bez ściśle fachowego biura.

Biuro to w lekarskim zakresie tworzy dotąd... jeden człowiek.

Już w r. 1902 położono z najkompetentniejszej strony bardzo silny nacisk na potrzebę zmiany tych stosunków. Już wtenczas żądano [1]), by inspektorowi szpitali odjęto część pracy z zakresu ściśle administracyjnego; ale niezależnie od tego żądano, by inspektorowi szpitali dodano do pomocy przynajmniej jeszcze jednego lekarza. Nie ulega wątpliwości, że uznanym wówczas za niezbędne półrocznym lustracyom lekarskim wszystkich ówczesnych 32 szpitali nie mógłby już wtedy w żaden sposób podołać jeden człowiek, obarczony do tego olbrzymią pracą biurową. Cóż dopiero dziś, po latach pięciu, w których agendy sanitarne kraju tak gwałtownie rosły i rozszerzały się (wydatki krajowe w tym dziale dają tego miarę), w których poza szpitalnictwem otwierają się coraz nowe obszerne pola działania (sprawy balneologii krajowej, sprawy okręgowej służby zdrowia [2]), asanizacyi miast i t. p.). A przecież agend tych nie ubywać, lecz przybywać będzie. Na wypadek nieobecności lub choroby jedynej siły lekarskiej niema nikogo fachowego, ktoby ją mógł zastąpić, znając jakotako zakres czynności. Dziś nie jednego, ale kilku lekarzy powinienby mieć Departament V. w swem biurze, a obecne stanowisko inspektora szpitali powinnoby zamienić się w stanowisko szefa osobnego biura sanitarnego, podobnego do biura sanitarnego Namiestnictwa. Ta reorganizacya nie obeszłaby się oczywiście bez pewnego obciążenia budżetu krajowego; wszelako nie byłoby ono wiele większe przy każdej nowej posadzie lekarskiej dla tego biura, niż np. systemizowanie nowego sekundaryatu, boć pomocnikami autonomicznego referenta sanitarnego byłyby siły młodsze, mniej kosztowne, a wreszcie przez wprowadzenie lekarzy zmniejszyćby się może dał administracyjny personal biura, dziś zapewne nieraz załatwiający sprawy sanitarne mimo swej niekompetencyi. Pomocnicze siły lekarskie w Departamencie V. dobieraćby przytem należało w ten sposób, aby uczynić zadość temu, iż »w medycynie i szpitalnictwie wytworzyły się pewne specyalności, które mają pewne odrębne potrzeby, wymagają pewnej odrębnej kontroli i właściwego nadzoru« [3]), albo, gdyby koszt pozyskania sił lekarskich, specyalistycznie wykształconych, miał być za wielki, kontrolę spraw specyalnych (chirurgia, syfilidologia i t. p.) wykonywać przez prymaryuszy szpitali wielkomiejskich od przypadku do przypadku. Taki nadzór, (który jednak zgoła nie zmniejsza potrzeby ustanowienia stałych pomocniczych sił lekarskich w Departamencie V),

---

[1]) Tamże str. 20, głos prof. Jordana.
[2]) Na pos. w d. 24. X. 1903 —, Prot. sten. st. 2329.
[3]) Por. Spr. ank. z r. 1902, str. 20, 32 i i.
[4]) Tamże str. 21, głos prof. Jordana.
[5]) Jak to podnosi teraz także Izba lek. wsch.-gal.
[6]) Już po wydrukowaniu słów tych w broszurze, rozesłanej członkom Sejmu, uchwalił Sejm na wniosek prof. Marsa wyznaczyć 6,000 K na takie stypendya dla lekarzy.

[1]) Spr. ank. z r. 1902, str. 53, 55, 59.
[2]) Tegoroczny Sejm uchwalił, by zaprowadzono nadzór lekarski nad czynnościami lekarzy okręgowych. (*Przyp. w korekcie*).
[3]) Spr. ank. z r. 1902, str. 55, głos prof. Gluzińskiego.

bardzo mało kosztujący, wpływałby niezmiernie dodatnio na podniesienie lekarskiego poziomu szpitali [1]).

Opracowane przez takie biuro sanitarne Wydziału krajowego doroczne sprawozdania o stanie i potrzebach szpitali, które powinnyby być drukowane według pewnego stałego schematu dla lepszego przeglądu [2]), i które powinnyby być dostępniejsze, niż dziś, ogółowi, a zwłaszcza kołom lekarskim, mogłyby znacznie zyskać na wartości, nietylko jako materyał dla Sejmu, ale jako wydawnictwo o trwalszem naukowem znaczeniu. Przez odpowiedni układ — koszt tych sprawozdań nie byłby wcale większy, a uzyskalibyśmy publikacyę, jaką mają wszędzie na zachodzie, a na jakiej tylko u nas zbywa.

Pomysł utworzenia przy Departamencie V. przybocznej Rady sanitarnej [3]) na wzór Rady przemysłowej, lub też na wzór c. k. krajowej Rady Zdrowia, wydaje mi się mniej dobry, niż zasięganie w pewnych szczególnych sprawach opinii umyślnie zwoływanych osobnych ankiet [4]). Widocznie takie jest też przekonanie Wydziału krajowego i ten sposób postępowania okazał się praktyczny, skoro, jak to z uznaniem podnieść należy, ankiety takie odbywają się coraz częściej [5]). Wszelako ankiety takie, dostarczając cennego materyału w sprawach zasadniczych i stanowiąc podstawę do rozstrzygnięcia zagadnień bardzo ważnych, niewątpliwie nie mogą zastąpić organu doradczego w zwyczajnym, ciągłym toku spraw szpitalnictwa. Nie widzę jednak powodu, dlaczegoby w tym względzie nie miano, zamiast tworzyć odrębny organ, więcej, niż dotąd, korzystać z usług c. k. Krajowej Rady zdrowia. Według rozporządzenia min. spraw wewn. z 20 października 1887 L. 16.948 Radzie tej oddane być powinny do zaopiniowania także wszystkie takie sprawy sanitarne, w których nadzór zwierzchniczy należy według § 2 b. ustawy z 30. IV. 1870 d. p. p. l. 68 do naczelnego rządu krajowego, a więc i sprawy szpitalnictwa. Otóż dotychczas, a przynajmniej do r. 1902, przedkładano z tego zakresu, jak się zdaje, tylko takie sprawy c. k. Radzie zdrowia, gdzie ona, czy też Namiestnictwo miało wydać jakieś pozwolenie. A i to przedstawiano te sprawy nieraz »niedostatecznie, jakby za napaść opracowane«, jakby szło »poprostu o uczynienie zadość tylko formalności«, a nieprzychylną opinię Rady zdrowia »przedstawiano Sejmowi jako utrudnienie, jako rzucanie kamieni pod nogi«, »jakieś zawistne postępowanie« [6]). A przecież nie ma powodu wątpić w to, że Radą zdrowia »nie powodowały nigdy inne względy, jak czysto rzeczowe i względy czysto dla dobra kraju« [7]). Nie wiem, czy się te stosunki zmieniły teraz na lepsze, ale zdaje mi się, że możnaby śmiało odnieść się po radę do tego grona, obok wielkiej »znajomości rzeczy powodowanego tylko obywatelskiem poczuciem obowiązku«, także i w tych sprawach, które wprawdzie ustawowo nie »powinny«, ale które »mogą« być Radzie zdrowia przedstawiane. Nie »urzędowe«, ale obywatelskie i koleżeńskie stosunki z tem gronem doradczem mogłyby przynieść tem większy pożytek, gdyby w tej Radzie zasiadali nietylko członkowie, powoływani z jednego jedynego Lwowa, ale gdyby w niej byli i przedstawiciele innych części kraju, z natury rzeczy bliżej i dokładniej znający z codziennego zetknięcia się miejscowe potrzeby i stosunki.

Kierownictwo poszczególnych szpitali, a w większych szpitalach poszczególnych oddziałów, powinno dostawać się nietylko dobrym, ale wśród dobrych jak najlepszym siłom. Jest to postulat tak oczywisty, że z początku zrozumieć trudno, dlaczego go jeszcze przed 5 laty z takim naciskiem podnoszono [8]). Niestety było ku temu aż nadto poważnych powodów, bo przed r. 1902 faktycznie zdarzało się obsadzanie ważnych tych stanowisk zgoła bez konkursu [9]), a choć to na szczęście ustało, to jednak jeszcze pozostaje rzecz inna. »Był szpital w zachodniej Galicyi, który do niedawna ściągał taką ilość chorych, że lekarze od 9 zrana do 2 lub 3 pracowali, po największej części operując. W tym samym szpitalu wizyta obecnie nie trwa dłużej, jak jedną lub dwie godziny, a chorzy z okolicy majętnej, którzy tam się garnęli, teraz udają się o pomoc gdzieindziej« [1]). A taki fakt, choć może wyjątkowy, niestety nie jest jedynym; i dziś jeszcze, jak przed 5 laty, możnaby to samo o innym znowu szpitalu słowo w słowo powtórzyć. Widocznie pomimo konkursów dobór sił w niektórych przypadkach czasem nie był tak staranny, jakby leżało w interesie kraju, nie kierowały nim może ściśle rozważone względy rzeczowe. Słyszeliśmy o jednym przypadku, w którym ważne stanowisko oddano nie temu, kto miał największe fachowe kwalifikacye, ale temu, kto miał najwięcej lat służby. Nie przeczymy, że kraj ma nietylko prawo, ale i obowiązek nagradzać zasłużonych w krajowej służbie weteranów pewnego rodzaju awansami; ale awanse te powinny polegać na przeniesieniu do wyższej rangi płacy, nie koniecznie zaś i nie zawsze na oddawaniu odpowiedzialniejszego i trudniejszego stanowiska dlatego, że ono lepiej jest płatne. Znakomity ginekolog, czy okulista stołeczny będzie fatalnie kierował szpitalikiem prowincyonalnym, przyjmującym wszelakie choroby, dlatego właśnie, że, by owładnąć doskonale swą specyalność, w innych działach medycyny postępowi kroku dotrzymać nie mógł; i naodwrót, świetny dyrektor szpitala na 100 łóżek, nie da sobie rady i z 30 łóżkami, gdy mu po 20 latach ogólnej praktyki każą być np. psychiatrą. Jeżeli jeszcze zwrócić uwagę na niezmiernie rozległe i ważne zadania, ciążące na kierownikach, o których pokrótce już dawniej w »Przeglądzie« była mowa [2]), na dydaktyczne, etyczne i naukowe obowiązki, które szpitale nasze wypełniać dla dobra kraju **wszędzie** [3]) powinny, to usprawiedliwionem jest żądanie nietylko, by stanowiska naczelne oddawano w ręce jak najodpowiedniejsze, ale by troskliwie czuwano nad całą działalnością lekarską [4]), by dbano o ciągły postęp i umożliwiono lekarzom »rozwinięcie **w całej pełni** ich pracy dla nauki i dobra ludzkości« [5]). Gdy tylko ktoś nie umie, czy nie chce dotrzymać kroku postępowi, nie powinien pozostawać na ważnem i odpowiedzialnem stanowisku kierowniczem. Wszak zdarzyło się raz kiedyś, że w pewnym szpitalu była »sala operacyjna nader skromnie urządzona, bo dyrektor jest bardzo oszczędny i nie hołduje przesadnym poglądom na dezynfekcyę(!), gdyż wyniki leczenia ma dobre(!); stół operacyjny jest drewniany, starej konstrukcyi i potrzebujący naprawy; niema sterylizatora na opatrunki, niema przyrządu do gotowania wody(!), niema umywalni na płyny dezynfekcyjne, ani miednic« [6]). Jest rzeczywiście ciekawe, że wśród tylu szpitali prowincyonalnych zaledwo kilka pochlubić się może tem, że prócz lekarzy, obowiązkowo zajętych i stale przez kraj płatnych, przyciągają dobrowolnych, bezpłatnych pracowników, szukających w szpitalu materyału naukowego i uzupełnienia swej wiedzy, i widocznie je tam znajdujących. Jesteśmy pewni, że nie dlatego tak się dzieje, by tylko w tych kilku szpitalach stały na czele dzielne i z postępem kroczące jednostki, ale niewątpliwie dla jakiejś części naszych szpitali jednostek równie dzielnych pozyskać nie umiano, a w wielu innych o zadokumentowanie swej żywotności naukowej dbać przestano [7]), widząc, że się o to nikt zgoła nie troszczy, przedewszystkiem »u góry«, i że nie tęgość na polu lekarskiem, ale lata służby i umiejętność »oszczędzania w gospodarstwie szpitalnem« są jedynie cenione...

Lekarze prowincyonalni jednego tylko kąta Królestwa polsk. zdobyli się nietylko na stworzenie własnego czasopisma [8]) i nadanie mu odrębnego piętna przez poruszanie w niem spraw, w innych pismach zwykle pomijanych (higiena społeczna, szpitalnictwo, pomoc dla ludności fabrycznej i t. d.), ale wypełniają je wyłącznie sami takiem mnóstwem cennych przyczynków naukowych i pouczających spostrzeżeń z praktyki lekarskiej, że ramy pisma często nie wystarczają. A proszę porównać, jak często na łamach naszych pism naukowo-lekarskich pojawiają się nazwiska galicyjskich lekarzy prowincyonalnych i jaka jest działalność naukowa i piśmiennicza naszych czterdziestu bez mała szpitali?

Jedyną radą na to, by te stosunki się poprawiły, jest większe zajęcie się naczelnych władz autonomicznych stroną ściśle lekarską szpitalnictwa w imię tak oczywistej zasady: »im lepszy,

[1]) Spr. ank. z r. 1902, str. 61, głos prof. Marsa.
[2]) Tamże, str. 57, głos R. dw. Merunowicza; tegoroczne sprawozdanie Insp. posiada znaczne ulepszenia w tym względzie.
[3]) Prot. ank. z r. 1902, str. 68 i nast.
[4]) Tamże.
[5]) Np. w ostatnich latach w sprawie budowy zakładu obłąkanych w zachodniej Galicyi, w sprawach balneologicznych i t. d.
[6]) Ank. 1902, str. 71, głos p. Merunowicza.
[7]) Tamże.
[8]) Tamże str. 20 i nast.
[9]) Tamże str. 23, głos p. Onyszkiewicza.

[1]) Tamże str. 21, głos prof. Jordana.
[2]) Ob. R. 1906, str. 524, Nr. 28.
[3]) Z uczuciem szczerej ulgi stwierdzamy, że tegoroczne Spraw. Insp. uchyla ciężkie zarzuty dla lekarzy, zbyt uogólnione w znanym okólniku Wydziału kraj. z r. z.
[4]) Prot. ank. r. 1902, str. 61, głos prof. Marsa.
[5]) Tamże str. 21, głos prof. Jordana.
[6]) Spr. Dep. V. za 1904/5.
[7]) Por. częste uwagi Insp. szp. w r. 1906: »Prac naukowych szpital nie ogłasza«.
[8]) Łódzkie »Czasopismo lekarskie«.

postępowszy i samodzielniejszy lekarz, tem lepsze wyniki leczenia, a więc większa korzyść dla ludności i lepsze wyzyskanie wydatków kraju na szpitale«, oraz kontrola publiczna przez wznowienie sprawozdań naukowo-lekarskich ze szpitali, drukowanych, jak dawniej bywało. Pierwsze — niby kraj nie kosztowało; drugie — drukowanie sprawozdań — kosztowałoby bardzo skromnie, boć nie trzebaby w sprawozdaniach szpitalnych ogłaszać »in extenso« prac naukowych nad pewnemi zagadnieniami — na to są pisma lekarskie — lecz wystarczyłoby wyliczyć tytuły prac takich, z danego szpitala ogłoszonych, a natomiast postarać się o naukowe przedstawienie całorocznej lekarskiej działalności szpitala. Bez takich sprawozdań ginie nietylko ogromny materyał, który w interesie nauki i kraju wszędzie na świecie wyzyskują, ale także możność wszelkiej oceny, jakie dany szpital osiąga istotne wyniki lecznicze. Po zniesieniu sprawozdań z poszczególnych szpitali dowiedzieć się bowiem można tylko, że w tym lub owym szpitalu »wyniki leczenia były dobre, bo śmiertelność wynosiła tylko 3·3%« [1]) lub inne x%, ale przy jakim materyale była ta śmiertelność, co i jak i z jakim wynikiem leczono i wyleczono lub nie wyleczono, nikt nie docieknie.

Wprawdzie Sejm uchwalił jeszcze w r. 1903 rezolucyę [2]) o wznowieniu owych sprawozdań, ale rezolucya ta, nie będąc wyraźnem poleceniem, by rzecz była wykonana... pozostała na papierze.

O wysyłaniu lekarzy szpitalnych na studya za granicę kosztem kraju była już mowa wyżej. Ważniejszym dziś może jeszcze postulatem jest udział lekarzy w t. zw. »feryalnych« kursach lekarskich, z pośpiechem, jako rzecz pierwszorzędnej wagi, tworzonych wszędzie zagranicą, a zasługujących na pomoc kraju zarówno co do ich urządzenia, jak i ułatwienia w korzystaniu z nich lekarzom [3]). (C. d. n.)

[1]) Spr. Dep. V. z r. 1904/5 passim.
[2]) Sten. prot. z posiedz. 24. X. 1903, str. 2339.
[3]) Por. dopisek na str. 224 o uchwalonych przez Sejm stypendyach.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska *ogłasza co następuje:*

Odezwa.

Wobec gwałtownego przewrotu ekonomicznego, jaki od kilku lat zaznacza się ogromnem podrożeniem tak wartości pracy, jak i artykułów życia codziennego, mieszkań itp. pełna Izba lekarska zachodnio-galicyjska na posiedzeniu w dniu 13 kwietnia b. r. uchwala, podobnie jak to już uczyniły inne Izby lekarskie austryackie:

1) Podwyższenie w okręgu swym honoraryów lekarskich o 50% dotychczasowej wysokości. Podwyższenie to dotyczy także umów lekarzy, będących prywatnymi lekarzami domowymi.

2) Izba lekarska wzywa wszystkich lekarzy, mających posady o ryczałtowem wynagrodzeniu w kasach chorych i tym podobnych instytucyach, by poczynili starania o odpowiednie podniesienie płac. W tych wypadkach Wydział Izby podejmuje się pośrednictwa.

3) Izba lekarska oczekuje, że lekarze, stosując się do tej uchwały, nie zaniechają nadal w poszczególnych usprawiedliwionych wypadkach kierować się jak dotąd względami humanitarnymi, których jednak bezwarunkowo uogólniać nie można.

4) Powyższe uchwały opublikuje Wydział Izby jak najrychlej nietylko we wszystkich czasopismach lekarskich, lecz także o ile możności we wszystkich pismach politycznych, a to dla wiadomości ogółu publiczności.

W wykonaniu polecenia pełnej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej z dnia 13 kwietnia 1907 r.

Dr Langie, sekretarz Izby. *Dr Schoengut*, wiceprezydent Izby.

Wydział Izby lek. zachodnio-galicyjskiej rozesłał do wszystkich Towarzystw ubezpieczeń, czynnych w kraju, następujący okólnik: L. dz. 96/7. Do Szanownego Towarzystwa ubezpieczeń itd. Podpisane prezydyum ma zaszczyt donieść uprzejmie, że XI Wiec Izb lekarskich austryackich, odbyty w październiku 1906 r. w Krakowie, postanowił utrzymać w mocy uchwały VII i X Wiecu Izb lek., dotyczące wynagrodzeń za badania i świadectwa lekarskie przy ubezpieczeniach na życie. Uchwały te, przyjęte i uzupełnione przez Izbę lek. zach.-gal., mieszczą się w następujących postanowieniach: 1) Badania lekarskie osób, mających być ubezpieczonemi na życie, odbywać się powinny w domu lekarza, a honoraryum za orzeczenie (parere) wynosić ma najmniej 10 koron, bez względu na wysokość kwoty asekuracyjnej. 2) Gdyby celem wydania orzeczenia wymagano od lekarza odwiedzin w domu ubezpieczyć się mającego, w takim razie Towarzystwo wizyty lekarskie w stosunku do odległości i czasu osobno wynagrodzić powinno, prócz ewentualnych kosztów podróży, do których w razie większego oddalenia w miejscu powóz zaliczyć należy. 3) Jeżeli przy takiej wizycie lekarskiej, odbytej w godzinie umówionej między lekarzem i zastępcą Towarzystwa, badanie lekarskie z jakichkolwiek powodów nie bywa dokonane, Towarzystwo winno lekarzowi zapłacić honoraryum za wizytę lekarską, ewentualnie zwrócić także wydatki za pojazd. 4) Za orzeczeniem przy t. zw. ubezpieczeniach ludowych (*Volksversicherung*) ustanawia się jako najniższe wynagrodzenie 5 koron. Wszystkie powyższe postanowienia mają moc obowiązującą dla lekarzy, do okręgu Izby zach.-gal. przynależnych. Przeciw niestosującym się, lub obchodzącym te postanowienia lekarzom, musiałaby Rada honorowa Izby lekarskiej wystąpić. Za Izbę lekarską zachodnio-galicyjską: Wiceprezydent: *Dr Schoengut* m. p. Sekretarz: *Dr Langie* m. p.

Wydział Izby lek. zachodnio-galicyjskiej, zgodnie z życzeniem Izby zarządzającej, a na wniosek Izby styryjskiej, poleca wszystkim lekarzom swego okręgu, aby brali jak najliczniej udział w zgromadzeniach przedwyborczych do parlamentu i domagali się od kandydatów na posłów energicznego poparcia interesów stanu lekarskiego. Przedewszystkiem należy żądać: 1) aby załatwionem zostało uregulowanie interesów zawodowych lekarzy w formie przedłożonej już dawniej c. k. rządowi nowej ordynacyi stanowej (*Aerzte-Ordnung*); 2) aby naczelne stanowisko szefa sekcyi i referenta sanitarnego w ministerstwie spraw wewnętrznych powierzonem zostało obeznanemu ze sprawami sanitarnemi lekarzowi (jak to było dawniej), a nie, jak obecnie, prawnikowi(!). Z polecenia i w myśl uchwały Wydziału Izby lek. zach.-gal. w Krakowie z dnia 10 kwietnia b. r. Sekretarz Izby: *Dr Langie*.

W wyborach do parlamentu austryackiego powinniby lekarze uczestniczyć, zdaniem »Wr. med. Presse« (15), nietylko przez udział w zgromadzeniach przedwyborczych i żądanie od kandydatów poparcia spraw lekarskich, ale i sami jaknajliczniej kandydując. Kandydat każdy gotów jest do wszelakich obietnic dla każdego zawodu; wybór jednak jego zależy nie od dania takich obietnic, lecz od jego barwy politycznej. Natomiast lekarze, bez względu na to, z jakiegoby obozu wyszli, będą umieli w parlamencie zjednoczyć się w sprawach zawodowych i sanitarnych. Niestety dotąd kandyduje do parlamentu bardzo mało lekarzy. Uwagom tym trudno odmówić słuszności. *R.*

Z państwowego Związku organizacyi lekarzy austr. Na koszta administracyi związku ma każdy do organizacyi należący lekarz opłacać po 1 Kor. rocznie. Związek ostrzega przed przyjmowaniem miejsca lekarza gminnego w Nieder-Kreuzstetten i w Annabergu (D. A.). Lekarze dolno-austryaccy poczynają uzyskiwać od Wydziału krajowego pewne ustępstwa, i tak np. w jednym okręgu przyznano już lekarzom ubogich rocznie po 4—5 Kor. od każdego ubogiego i po 2 Kor. za leki. *Z.*

Pomoc dla rodzin lekarzy, wysłanych na wojnę rosyjsko-japońską z Zagłębia Dąbrowskiego, zorganizowana przez Towarzystwo lek. w Częstochowie, przyniosła ze składek przeszło 400 rbs., z których wydano tylko raz 50 rbs., bo więcej zapotrzebowania nie było. Zebrana kwota stanowić przeto będzie zawiązek kasy wsparcia dla podupadłych lekarzy, wdów i sierót po lekarzach w Zagłębiu Dąbrowskiem. *R.*

Partactwu lekarskiemu w Niemczech, dotąd bezkarnemu i panoszącemu się, położoną ma być wreszcie tama. Przygotowuje się tam ustawa państwowa, wprawdzie nie zakazująca zajmować się leczeniem osobom nieuprawnionym, ale poddająca przynajmniej partaczy pod ścisły nadzór lekarzy urzędowych i ograniczająca znacznie szkodliwą ich działalność. Również środki tajne zwalczane będą przez nową ustawę państwową, wzorowaną na przepisach austryackich (zakaz ogłaszania, ograniczenie sprzedaży, zakaz wprowadzania w granice państwa). *R.*

Warunki osiedlenia się lekarzy w Brazylii objaśnia ze względu na kolonie polskie w Paranie, konsul austr. z Curityby, p. Miłkowski, w liście do prof. Jordana (Głos lek. 8). Prawo

praktyki można zdobyć na podstawie ponownych egzaminów, kosztujących około 4000 Kor., przyczem pożądane są jeszcze rekomendacye do profesorów; życie w wielkich miastach kosztuje do 600 Kor. miesięcznie. Znajomość języka portugalskiego jest konieczna, a francuskiego nader pożyteczna. W głębi kraju, gdzie brak lekarzy, pozwala jednak rząd praktykować lekarzom obcym »per nefas« bez nostryfikacyi dyplomu (jak np. i obecnie w stanie Parana jednemu lekarzowi z Galicyi), tam jednak można liczyć na utrzymanie, ale nie na gotówkę. *R.*

Urzędy badań lekarskich mają być utworzone ze środków państwowych w Prusach w miejsce dotychczasowych stacyi dla badań bakteryologicznych. W aptekach będą znajdować się stosowne naczynia na przedmioty, do badania przeznaczone (plwociny, krew, kał itd.); apteki przedmioty takie na żądanie lekarzy przesyłać też będą do wspomnianych urzędów.

Zapobieganie nagminnemu zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych polegać ma w Austryi dolnej, według obrad świeżo tam zwołanej ankiety, na badaniu wydzielin nosa osób zdrowych z otoczenia chorego, a w razie znalezienia zarazka na odkażaniu nosa, co można podobno skutecznie a bez szkody osiągnąć przez rozkraplanie pyocyanazy. Uznano za wystarczające odkażanie bielizny i pościeli (prześcieradeł, poszewek) przez wygotowanie w roczynie sody; mieszkania trzeba tylko wtedy odkażać formaliną, gdy są szczególnie niehigieniczne, ciemne i wilgotne. Odosobnienie uznano za konieczne tylko co do osób (przenosicieli), dotkniętych wybitnym nieżytem nosa; dzieci nie mogą uczęszczać do szkoły, dopóki w wydzielinie ich nosa stwierdzić można zarazki. Zaleca się asanacya niezdrowych mieszkań uboższej ludności. Główny nacisk położono na wczesne oddawanie chorych do szpitala. Zalecono wreszcie wydanie popularnego pouczenia dla ludności o sposobie szerzenia się i środkach zapobiegania chorobie. (W m. Pr. 15). *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 7. do 13. kwietnia 1907 doniesiono o 3 nowych przypadkach ospy w 2 gminach, a mianowicie miasto Kraków (1, chora przewieziona z Toń, gdzie zakażenie nastąpiło przez pątników z Królestwa, udających się do Kalwaryi zebrzyd.), Kamionka (Radziechów 1, Krzywe 1); 49 przypadkach duru plamistego w 20 gminach, a mianowicie: w pow. Bohorodczany (Markowa 5), Horodenka (Dąbki 4), Jaworów (Zawadów 2, Jazów stary 1, Bruchnal 8, Podłuby 1, Przyłbice 1, Czołhynie 1), Kosów (Szeszory 3), Lisko (Manasterzec 3, Baligród 2, Wolkowyja 1), Mościska (Małnów 1), Nadwórna (Dobrotów 2, Pasieczna 4, Zielona 5), Stryj (Tarnawka 1, Pławie 2), Wadowice (Spytkowice 1), Żywiec (Jeleśnia 1); 5 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 4 gminach, a mianowicie m. Kraków 1, Dobromil (Jamna dolna 1), Przeworsk (Nowosielce 2, Hucisko jaw. 2). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 7. do 13. IV. 1907 przypadków: błonicy 4 (w tem obcych 1), krztuśca † 1, ospy — († 1), płonicy 4 (1), duru brzusznego 3 (1 † 1), innych chorób zakaźnych 3 (3). *S.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 7. do 13. IV. 1907 urodziło się dzieci żywo 52, nieżywo 4; zmarło osób 51 (w tem obcych 28), z tych z gruźlicy 24 (15), zapalenia płuc 4 (2). *S.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 7. do 13. IV. 1907 przypadków: błonicy 1 (w tem obcych —), krztuśca 2 (—), płonicy 7 † 2, odry 6 (2), duru brzusznego 1, nagminnego zapalenia opon 2 † 1. *L.*

Dur powrotny szerzy się dalej w Warszawie, (gdzie oprócz tego grasować poczęła grypa), oraz pojawił się w Mińsku litewskim, gdzie stwierdzono w szpitalu około 30 przypadków, a źródłem epidemii był dom noclegowy.

Jaglica pojawiła się podobno w szerszych rozmiarach w szkołach w Stanisławowie. Celem zbadania sprawy i zarządzenia środków zaradczych delegowało Namiestnictwo doc. okulistyki dr. Szulisławskiego. *R.*

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Komitet wystawy zjazdowej zawiadamia, że austr. Ministerstwo handlu przyznało prawo ochrony patentowej na czas trwania wystawy i na przeciąg dalszych trzech miesięcy, licząc od dnia jej zamknięcia, dla tych wynalazków, które zostaną pomieszczone na wystawie przed uzyskaniem patentu. Ministerstwo to obiecało także przyznać pewną ilość nagród rządowych dla wyrobów przemysłu krajowego, które jury wystawy uzna za godne odznaczenia. Komitet uzyskał również zniżkę dla przewozu okazów wystawowych w obrębie austr. kolei państw., jakoteż kolei prywatnych, pozostających pod zarządem państwa i to w tym stopniu, że za przewóz tych okazów do Lwowa będą wystawcy opłacali całą należytość, z powrotem zaś będą one przewiezione już bezpłatnie. Okazy wystawowe zagraniczne zaś uwolniło Ministerstwo skarbu od opłaty cła pod warunkiem, że w całości zostaną po wystawie z kraju wywiezione.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej zach.-galicyjskiej w d. 21. III. 1907 prócz załatwienia spraw drobniejszych przyznano zapomogi po 100 K. 2 wdowom po lekarzach i 1 magistrowi chirurgii, uchwalono przypomnieć lekarzom uchwały wieców Izb w sprawie honoraryów od Towarzystw ubezpieczeń, przyjęto proponowane przez Izbę wschod.-gal. warunki umów z Towarzystwami ubezpieczeń od wypadków, postanowiono przedstawić pełnej Izbie wniosek o podwyższenie honoraryów lekarskich o 50% w praktyce prywatnej i o wezwanie lekarzy, by wnosili podania o podwyższenie płac stałych. Rada honorowa rozpatrywała 6 spraw. — Na posiedzeniu zaś w d. 10. IV. 1907 przyjął Wydział zamknięcie rachunków za rok 1906, rozpatrzył materyał na posiedzenie pełnej Izby i uchwalił ogłosić odezwę do lekarzy w sprawie udziału w ruchu wyborczym do parlamentu. *L.*

— Na posiedzeniu pełnej Izby zach.-gal. w d. 13. IV. 1907 przyjęto sprawozdanie z czynności Wydziału i Rady honorowej oraz sprawozdania rachunkowe za rok 1906, przedyskutowano obszernie sprawozdanie delegata do krajowej Rady zdrowia, przyjęto preliminarz budżetu na rok 1907, ratyfikowano uchwały XI. Wiecu Izb prócz jednego punktu, wybrano delegatem na XII Wiec Izb prezydenta prof. Wicherkiewicza, przyjęto sprawozdanie komisyi weryfikacyjnej, w końcu uchwalono jednomyślnie wniosek Wydziału, by polecić lekarzom podniesienie honoraryów o 50% i wniosek dra Łodzińskiego w sprawie donoszenia o chorobach zakaźnych. *L.*

— Z nadesłanego nam sprawozdania Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za rok 1906 dowiadujemy się, że Towarzystwo zawarło nową umowę z Wydziałem krajowym co do utrzymywania i leczenia w szpitalu św. Ludwika chorych dzieci i osesków wraz z mamkami na warunkach, dla Towarzystwa dogodniejszych. Za leczenie 100 (wyjątkowo do 110) dzieci dziennie płaci kraj Towarzystwu ryczałtowo 36,000 K rocznie, na utrzymanie oseska z mamką po 2,10 K dziennie. W r. 1906 leczono w ambulatoryum 6,380 dzieci, stale w szpitalu 1,329 (liczby najwyższe od założenia szpitala). Śmiertelność chorych dzieci od 1—12 lat 16%, osesków 26%. Lekarze szpitala ogłosili drukiem 4 rozprawy i wygłosili 3 wykłady w Tow. lek. krak. Dochody i wydatki szpitala wynosiły po 55,767 K. W kolonii leczniczej w Rabce utrzymywało Towarzystwo w r. 1906 — 166 dzieci przez 7,474 dni, dochody i wydatki kolonii wynosiły po 14,305 K. Liczbę miejsc w kolonii postanowiono podnieść w przyszłości z 80 na 90. Towarzystwo liczyło z końcem roku 95 członków.

— Ostatnie tygodniowe wykazy chorób zakaźnych w Krakowie podawały liczniejsze, niż zwykle, przypadki duru brzusznego u osób »obcych«, do miasta przybyłych. Według zasiągniętych przez nas informacyi prawie wszyscy ci chorzy dostali się do miasta z pewnej gminy powiatu krakowskiego, której mieszkańcy używają wody z miejscowej rzeczki na wszelkie potrzeby, a pozostają z Krakowem w częstych stosunkach, dostarczając mleka targowego. W ubiegłym tygodniu także w Krakowie zachorowała na dur brzuszny jedna osoba, która, jak dochodzenia stwierdziły, miała zwyczaj pić mleko surowe, pochodzące niewątpliwie ze wspomnianej gminy. O ile wiemy, wydały miejskie władze sanitarne surowe zarządzenia, by powstrzymać dowóz nabiału z tej gminy do Krakowa. Należałoby jednak także zapobiedz wywożeniu z tej gminy dalszych chorych do Krakowa. Dotąd zmarły w Krakowie już 3 osoby, stamtąd przywiezione. Wobec tego zastosowane być powinny z całą ścisłością przepisy, wydane przez Ministerstwo spraw wewn. (7. III. 1887, l. 3098, al. 2) i Namiestnictwo (9. VIII. 1891, l. 52.923),

a zakazujące przewożenia chorych zakaźnych z jednej gminy do drugiej bez zezwolenia władzy politycznej.

— Sekcya wadowicka Towarzystwa lekarzy galic. wybrała na posiedzeniu w d. 6. IV. b. r. delegatami na Walne Zgromadzenie Towarzystwa dra Zawadzińskiego z Wadowic i Bednarskiego z Alwerni, a zastępcą delegata dra Bukowskiego z Wadowic. Uchwalono członkom sekcyi rozesłać projekt taryfy za czynności lekarskie z żądaniem nadesłania uwag, by można taryfę ostatecznie uchwalić na posiedzeniu z końcem maja. Na pokrycie kosztów kancelaryjnych uchwalono zebrać jedynie od członków sekcyi po 2 K.

— *Otrzymujemy następujące pismo:*

Kolega dr J. Susswein z Przemyśla przesłał na moje ręce 53 koron 80 hal., pochodzące ze składki lekarzy przemyskich na fundusz wdów i sierót po lekarzach z okazyi śmierci ś. p. kol. Lityńskiego. Kwotę tę przesłałem skarbnikowi Towarzystwa Samopomocy lekarzy do funduszu zapomogowego przekazem pocztowej kasy oszczędności Nr 853,810. *Dr Adam Langie.*

Lwów. O miejsce dla parku Jordana wszczęła się dyskusya publiczna; opinia ogółu domaga się zgodnie z propozycyami dra E. Piaseckiego, by boiska do zabaw ruchowych pomieszczono w parku miejskim t. zw. stryjskim, magistrat zaś wolałby obrać inne miejsce.

— Zakładowi medycyny sądowej oddało ministerstwo badanie śladów krwi (zapomocą surowic) w sprawach, toczących się przed sądami wschodnio-galicyjskimi; dotąd badania te musiały sądy z nakazu swych władz odsyłać aż do Wiednia.

Poznań. Sprawozdanie Wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk za r. 1906 świadczy o znacznem ożywieniu się ruchu naukowego. Odbyły się 3 walne zebrania i 12 posiedzeń, 14 odczytów i 30 demonstracyi. Nowych członków przyjęto 13. (»Now. lek.« 4).

Warszawa. Na dorocznem zebraniu ogólnem warszawskiego Towarzystwa higienicznego wybrani zostali do Rady głównej: Wł. Marconi, Ed. Schönfeld, T. Strzembosz i dr J. Szwajcer; do komitetu ogrodów Raua: M. Białowiejski, J. Muklanowicz, W. Śląski i dr W. Zawadzki; do komitetu instytutu Lenvala: dr M. Roszkowski i d-wa Sokołowska. Zebranie postanowiło m. i., by Towarzystwo objęło pracownię dra Serkowskiego w Łodzi.

— Na naradzie delegatów oddziałów prowincyonalnych warszawskiego Towarzystwa higienicznego, która odbyła się w Warszawie w d. 6. IV. b. r. omawiano sprawę zakładania oddziałów w miastach gubernialnych, powiatowych i w zdrojowiskach, oraz potrzebę zwołania zjazdu higienicznego do Warszawy.

— »Wydział przeciwalkoholiczny warsz. Towarzystwa higienicznego« wydał odezwę do lekarzy, wzywającą ich do walki z alkoholizmem i podnoszącą, że obowiązkiem lekarza jest potępić przy każdej sposobności stałe używanie wyskoku, a przepisując wyskok, w każdym poszczególnym przypadku wskazania jak najskrupulatniej rozważyć i możliwie ograniczyć.

— W Kaliszu ukonstytuowała się sekcya biologiczna Towarzystwa higienicznego, wybierając prezesem p. Prusinowskiego, wiceprezesem wet. Fereckiego, sekretarzem wet. Nosarzewskiego, członkami Wydziału drów Krzymuskiego i Sikorskiego.

— W sądach okręgowych mają się badania lekarskie uszkodzonych odbywać wskutek zarządzenia ministerstwa sprawiedliwości na przyszłość w osobnych lokalach.

Z różnych stron. Ku pamięci prof. Möbiusa tworzy się w Niemczech fundacya jego imienia na nagradzanie prac z zakresu psychiatryi.

— Wielkiego rozgłosu nabrało samobójstwo dra Hutzlera w Monachium. Jako asystent w szpitalu dziecięcym im. Gizeli, kierowanym przez docentów Heckera i Trumppa, położył on przez 5 lat wielkie zasługi, przy końcu jednak objawiał chorobliwe rozdrażnienie, uniemożliwiające wszelkie z nim stosunki. Mimoto mianował go zarząd Towarzystwa, utrzymującego szpital, trzecim kierownikiem. Ciągłe zatargi chorego dra Hutzlera z dwoma innymi kierownikami wywołały cały szereg sądów honorowych, nieporozumień z zarządem Towarzystwa szpitalnego i t. d.; skończyły się one dymisyą, daną doc. Heckerowi i Trumppowi przez Towarzystwo, za którymi ujęła się znów monachijska Sekcya Związku lipskiego. Wszystko to widocznie podziałało tak na chorobliwie rozstrojony umysł dra Hutzlera, że targnął się na swe życie.

— W Berlinie powstaje pod egidą prof. Leydena, Hildebrandta i Bechterewa »Rosyjsko-niemieckie Towarzystwo lekarskie«, mające między innymi założyć szpital rosyjski w stolicy Niemiec; »Deutsche med. Woch.« (15) przyjmuje rzecz tę mocno ironicznie.

— W Jenie dopuszczono kobiety do imatrykulacyi na wszystkich wydziałach.

— Wszyscy członkowie królewskiego Urzędu zdrowia w Kopenhadze, najwyższej władzy sanitarnej w Danii, złożyli swój urząd (jest to urząd honorowy). Powodem było to, że ministeryum sprawiedliwości nie zasiągnęło opinii Urzędu zdrowia przy układaniu ustawy przeciwgruźliczej i ustawy, regulującej prostytucyę, a gdy o to wniesiono skargę do króla, minister w parlamencie odpowiedział lekceważąco.

— Liczbę adeptów medycyny »z amatorstwa« zwiększył b. prezydent austryackiej Rady państwa, hr. Vetter, który, — jak donoszą dzienniki —, składa właśnie drugi egzamin ścisły — z wyszczególnieniem.

— W najpoważniejszem Towarzystwie humanitarno-lekarskiem austryackiem »Wiener medizinisches Doktorenkollegium« (ob. »Przegl. lek.« Nr 13, str. 174) stoczyła się przy niedawnych wyborach do zarządu zacięta walka. Przyczyną jej był antagonizm obu głównych partyi politycznych wiedeńskich: liberałów i antysemitów. Wprowadzenie polityki do instytucyi lekarskiej, i to humanitarnej, jest zjawiskiem niebywałem i niewesołem.

Mianowani: prof. Tamburini z Modeny prof. psychiatryi w Rzymie; dr Williger nadzw. profesorem dentystyki w Berlinie;

st. lekarz powiatowy dr K. Wągrowski w Czortkowie przy sposobności przeniesienia w stan spoczynku, odznaczony został tytułem inspektora sanitarnego; st. lekarz sztabowy II kl. dr Bronisław Majewski mianowany komendantem szpitala garnizonowego w Przemyślu.

Zmarli: dr Franciszek Kosterkiewicz w Nowym Sączu; dr Robert Poncét de Sandon w Cegłowie w Król. Polskiem w 73 r. ż., dr Dawid Peretz w Ileku (obw. Uralskim), dr Łucyan Sikorski, fizyk powiatowy i radca medycynalny w Ostrzeszowie; dr Jan Eustachy Targowski w Warszawie w 58 r. ż.; dr Józef Drzewiecki wskutek ran, odniesionych od kul wynajętych morderców, w Warszawie, w 47 r. ż.;

znany bakteryolog dr Jerzy Gabryczewski w 47 r. ż. w Moskwie; b. prof. fizyologii w Jenie Domrich w Meiningen.

Redakcya otrzymała: XXXIV. Sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za r. 1906.

Odpowiedzi od Redakcyi. Nie-lekarzowi z Wiednia. Zasada przyrządu zdaje się dobra, wszelako o jego praktyczności mogłyby rozstrzygnąć tylko doświadczenia zapomocą gotowego już modelu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 24. kwietnia o godzinie 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Wachholz: Przedstawienie narzędzi sekcyjnych nowego typu. 2) Dr Rapoport: Enuresis.